

# 探討任務屬性、績效量度配適性對 醫師工作績效之影響

## The Effect of Task Attributes, Fitness of Performance Measures on Physicians' Job Performance

盧正宗\* *Cheng-Tsung Lu*

國立臺中科技大學會計資訊系

Department of Accounting Information,

National Taichung University of Science and Technology

本文引用格式建議：盧正宗，2019，「探討任務屬性、績效量度配適性對醫師工作績效之影響」，中山管理評論，27 卷 2 期：327~377。

Suggested Citation: Lu, C. T., 2019, "The Effect of Task Attributes, Fitness of Performance Measures on Physicians' Job Performance," **Sun Yat-sen Management Review**, Vol. 27, No. 2, 327-377.

---

\* 通訊作者：盧正宗，地址：404 台中市北區三民路三段 129 號 會計資訊系，

Tel:04-22196110 / Fax: 04-22196131，E-mail: [ctlu@nutc.edu.tw](mailto:ctlu@nutc.edu.tw)

作者感謝匿名審查委員之寶貴意見，以及科技部專題研究計畫之補助（**MOST 104-2410-H-025-009-**）。

## 摘要

本文聚焦於探討「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」之設計內涵，並以部立醫院醫師為分析標的，進一步應用必要任務屬性理論來檢視醫師之任務屬性（例行性、非例行性）、績效量度設計之配適程度（激勵性、不適切性）對工作績效之影響。透過問卷調查方式取得 218 份研究樣本，實證結果發現：(1) 醫師認知績效量度在設計面之配適性會影響其工作績效。然而現行臨床工作績效量度並無法對醫師形成激勵效果；(2) 當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會因認知現行績效量度不具適切性，進而間接對其臨床服務績效產生負向影響。(3) 當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行績效量度具激勵性，進而間接對其公共服務績效產生正向影響。

**關鍵詞：**任務屬性、績效量度配適性、績效量度之不適切性、必要任務屬性理論

## Abstract

This paper introduces “theory of requisite task attributes” and examines the effect of physicians’ task attributes (routine and non-routine) and fitness of performance measures (degree of motivation and noise) on with the doctors from the hospitals under Taiwan’s Ministry of Health and Welfare. There are 218 research samples collected through a questionnaire survey. Empirical results show that: (1) Physicians’ cognition of fitness of performance measures has a positive effect on job performance. The noise of performance measures has significant negative effect on job performance, and the motivation of performance measures has significant positive effect on job performance. (2) The relationship between non-routine task attributes and clinical job performance can be fully mediated by the noise of clinical job performance measures where non-routine task attributes decrease the noise of performance measure, and the noise of performance measure is negatively associated with clinical job performance. (3) However, the relationship between routine task attributes and public service job performance can be accounted for by a

partial mediation where routine task attributes increase the motivation of public service performance measures, and the motivation of performance measures is positively associated with public service job performance.

**Keywords:** Task Attributes, Fitness of Performance Measures, Performance Measure Noise, Theory of Requisite Task Attributes

## 壹、緒論

績效評估一直是國內、外管理會計中的重要研究議題之一，因此績效評估系統 (Performance Measurement System, PMS) 長期以來在設計上不斷演進與改善 (Ittner & Larcker, 1998; Shields et al., 2000; Dekker et al., 2012; Presslee et al., 2013; 鄭國枝等, 2013; 陳燕錫、陳瓊燕, 2014)。早期的PMS係強調財務績效導向的評估機制 (Hopwood, 1972; Itami, 1975)，卻因忽略「非財務績效」之重要性，進而有學者提出多元構面 (Multiple Dimensions) 之PMS (Choudhury, 1986; Johnson & Kaplan, 1987; Lillis, 2002)。然而，多元構面PMS雖強調財務與非財務「績效量度 (Performance Measures)」之整合與權衡，但其設計重點仍著重於各類型績效量度之建立，不僅造成責任中心間為了達成特定績效量度之要求，進而引發反功能性的決策行為 (Lillis, 2002; 倪豐裕等, 2009)；更嚴重的是，績效量度之規劃缺乏與組織策略間的連結，導致策略執行力無法明確地透過多元構面PMS來衡量 (邱炳乾, 2006; Hall, 2008)。針對前述PMS的部分缺失，後續學者陸續發展出平衡計分卡 (Balanced Scorecard, BSC) 與策略性績效評估系統 (Strategic Performance Measurement Systems, SPMS) 之觀念，這些PMS強調在「策略規劃」階段係以組織策略為核心而發展出財務與非財務績效評估構面，同時亦能轉化策略為具體行動方案 (Kaplan & Norton, 1996; Chenhall, 2005; Burney & Widener, 2007; Arnold & Artz, 2015)；在「績效評估」階段則重視策略目標 (Strategic Objects) 與績效量度間的因果連結，因此透過績效量度之評估能衡量出真實策略執行力之良窳 (Perego & Hartmann, 2009; Grafton et al., 2010; Gopalakrishnan et al., 2015)。換言之，BSC或SPMS所設計的績效量度與組織策略緊密結合，具有驅動、溝

通、校準管理行動之屬性<sup>1</sup> (Kaplan & Norton, 2009; Gates & Germain, 2010)。綜上所述，雖然PMS持續不斷的演進與改善，但不變的是「績效量度」仍是PMS中重要的組成要件之一，設計允當之績效量度不但可藉此傳達組織策略目標與執行方向給全體成員 (Ho et al., 2014)，若與誘因獎酬制度結合，更能激勵士氣，最終提昇員工之工作績效與達成組織目標 (張石柱等，2010；Abernethy et al., 2013)。

在相關研究方面，實證結果發現不同層級之「績效評估標的」會搭配不同設計的績效量度 (Dekker et al., 2012; Abernethy et al., 2013; Cianci et al., 2013; Arnold & Artz, 2015)，例如組織層級之績效會建立起「策略性績效量度」(如股東權益報酬率、市場佔有率)、事業部或部門層級之績效會依策略目標與營業性質來設計其「部門績效量度」(如生產事業部重視品管率)、個人層級的績效則會依據部門目標與個人工作屬性來規劃「工作績效量度」(如個人每月營業額度等)。許多文獻亦指出設計有效的 PMS，例如規劃以策略為核心所發展出具因果關連性的多元績效量度，將正向影響「整體組織績效」(Kaplan & Norton, 1996; Perego & Hartmann, 2009; Gates & Germain, 2010; Grafton et al., 2010; Marginsona et al., 2014) 或「部門績效」(Chenhall, 2005; Burney & Widener, 2007; Hall, 2008; Burney et al., 2009; Ho et al., 2014; Gopalakrishnan et al., 2015)。相較之下，卻甚少有研究論述與探討對「個人層級工作績效」之影響。

另一方面，部分管理會計的學者認為不論是 BSC 或 SPMS 之管理控制機制，一旦績效量度設計不允當，可能會負向影響個人工作的執行 (Bai et al., 2010) 或呈現失真的績效評估結果 (Budde, 2007; Abernethy et al., 2013)。因此如何設計能激勵員工工作動機與士氣的績效量度，是現行管會研究中的重要議題。有學者認為應加強績效權重的溝通程序 (Kelly, 2010; Marginsona et al., 2014)、有學者認為應增加非財務績效量度之整合 (Campbell, 2008; Cheng & Humphreys, 2012) 或強化與組織策略之因果關係 (Perego & Hartmann, 2009; Grafton et al., 2010; Artz et al., 2012)。本研究則主張績效量度之設計應與「任務屬性 (Task Attributes)」搭配與結合，對個人而言，由於工作的任務屬性是影響最終工作績效的原因之一<sup>2</sup>，而組織或部門的長期卓越績效卻又是導因於

<sup>1</sup> 如策略地圖 (Strategy Map) (Kaplan & Norton, 2004) 或策略校準(Strategic Alignment) (Chenhall, 2005; Kaplan & Norton, 2006, 2009) 之管理機制。

<sup>2</sup> 越複雜的工作任務相較於例行性單純的任務而言，係屬於較不易達成其工作目標 (Dess & Beard, 1984)。

「個人層級工作績效」之養成 (Daft, 2001)，因此任務屬性、績效量度之設計對個人工作績效影響可能存在特定之關係，此觀點為以往文獻甚少探討之處。本研究引用「必要任務屬性理論 (Theory of Requisite Task Attributes)」來探討任務屬性與工作績效間的關係，該理論主張應加入其他「中介變數」<sup>3</sup>來提升整體研究架構的解釋能力 (Hackman & Oldham, 1975; Dailey, 1979; Orpen, 1986)。由於個人績效量度之設計必須考量組織目標、誘因效果等因素，因此導致第一線從業人員可能無法全程參與設計或規劃。員工基於任務屬性之差異，若來自於高階所擬定的績效量度能允當衡量其真實績效，進而產生激勵作用時，則絕對能正向提昇其工作績效；相反地，一旦任務屬性搭配設計不允當的績效量度時，例如不同任務屬性，卻採行「相同的績效量度」或「缺乏因果連結的績效量度」來評核工作績效，可能會產生偏誤或失真的績效結果 (Budde, 2007)；此外，不允當設計之績效量度亦包括建立「過多的績效量度」，不僅可能超出員工的基本工作負荷，亦可能因無法滿足過多績效目標 (Targets) 之要求，反而妨礙自身正常工作的執行 (Bai et al., 2010)；甚至有研究發現，當面臨多元績效量度的要求下，員工可能陷入追求易達成的績效量度 (Lillis, 2002; Abernethy et al., 2013)<sup>4</sup>，即便個人工作績效相當卓越，是否真能代表真實的績效？這是值得探討的重要研究議題。綜上所述，本研究聚焦於檢視任務屬性、績效量度配適程度與工作績效間的關連性。

許多文獻指出營利事業導入 BSC 或 SPMS 等管理控制機制後，能建構完整與適切的績效量度 (Kaplan & Norton, 1996; Chenhall, 2005; Grafton et al., 2010)。然而就臺灣公務機關而言，基於非營利的屬性目標，加上政府預算拮据與績效評估構面較營利事業單純等因素，甚少有公務機關會主動導入前述策略管理機制。但如文獻所述，績效量度仍是 PMS 中重要的組成要件之一，即便是公務機關仍需依其作業屬性來制定績效評估辦法與設計績效量度。由於國內公務機關係由所屬政府部門直接制定其績效辦法，當中雖規範許多績效量度，但這些績效量度是否設計允當，包括績效量度之數量、與組織目標或工作任務間之連結性及妥適性等，甚少有研究探討之。因此本文聚焦於探

<sup>3</sup> 相關中介變數類型可能包括員工感受的「關鍵心理狀態」(Hackman & Oldham, 1975)、內控 (Internal Locus of Control) 的人格特質 (Dailey, 1979) 或工作職位的穩定度 (Orpen, 1986) 等。

<sup>4</sup> 只要最終績效分數達到考核門檻，有可能直接放棄較難達成的績效量度，但這些績效量度卻是最有利於組織的或對組織最重要的評估指標 (Lillis, 2002; Abernethy et al., 2013)。

討近年來頻頻上街頭抗爭工作過勞的醫師<sup>5</sup>，並以衛生福利部所屬部立醫院醫師為分析標的，進而探討醫師之任務屬性、績效量度設計之配適程度對工作績效之影響。部立醫院幾乎沒有導入 BSC 或 SPMS，但係依據「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」(附錄一)來建立起醫師的績效量度(衛生福利部網站，2016)，該原則將部立醫院醫師主要工作績效區分成「臨床服務績效」與「公共服務績效」兩類。其中「臨床服務績效」著重於門診、急診、住院的臨床診察、特殊重症之會診等醫療或處方行為，故臨床服務工作的任務屬性「非例行程度較高」且具備「高度的變化性 (Variety)」<sup>6</sup>。但「公共服務績效」主要是配合政府政策之駐診諮詢(如社區醫療)、醫療行政工作、研究或教學成果等，相較於臨床醫療服務工作的任務屬性而言，其「例行性任務的程度較高」且「任務之變化程度低」。本研究依據必要任務屬性理論將部立醫院醫師的任務屬性，區分為「例行性」與「非例行性」任務，進一步探討不同任務屬性對績效量度配適性與工作績效之影響。另一方面，有關績效量度配適性之衡量上，本文分別透過相關文獻建立起績效量度之「激勵性」(Dekker et al., 2012; Abernethy et al., 2013)與「不適切性 (Noise)」(Itami, 1975; Lillis, 2002; Bai et al., 2010; Ho et al., 2014)，俾作為任務屬性與工作績效間的中介影響變數。

綜上所述，本研究目的係以「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」為分析標的，進一步透過必要任務屬性理論來探討醫師的任務屬性(例行性、非例行性)、績效量度配適性(激勵性、不適切性)對工作績效之影響，雖然本議題甚少有文獻探討，但卻是實務上重要的管理議題。將績效量度配適性視為任務屬性與工作績效間的中介變數，係延續 Hackman & Oldham (1975)必要任務屬性理論之中介模式研究觀點，本研究具備嚴謹的理論基礎；此外，加入之中介變數更是以往文獻所較少探討，為本文之理論貢獻之一。最重要的，本文藉由相關文獻、假說推論與實證檢定程序來探討現行績效量度是否能允當衡量不同任務屬性下的工作績效，畢竟這些部立醫院績效量度之設計並無 BSC 或 SPMS 觀點下的規劃基礎，是否會激勵醫師亦或是反而負向影響正常工作之執行，此議題是實務上相當重要但卻少有文獻探討。綜上所述，

<sup>5</sup> 抗爭工作時數過多、工作任務繁雜、缺乏人身保障(包括醫療暴力、「以刑(刑事判決)逼民(民事賠償)」之不合理亂象)(方瑞雯等，2012; 張志華等，2014)。

<sup>6</sup> 對醫師而言，每一位病患的病情不盡相同，即便症狀類似，但影響的原因可能不一致，因此從事醫療與處方行為時均需要作個別性的考量(劉育志，2012; 張志華等，2014)。

本研究將研究目的與研究問題彙總如下：

- 一、探討任務屬性與績效量度激勵性間的關連性。本研究目的欲了解醫師「例行性」之工作任務是否可以透過現行績效量度之建立，俾達到激勵的效果？而「非例行性」之工作任務是否可透過現行績效量度之建立，俾達到激勵的作用？
- 二、探討任務屬性與績效量度不適切性間的關連性。本研究目的欲澄清醫師「例行性」之工作任務面臨現行績效量度之規範下，是否會負向影響工作執行之結果？而「非例行性」之工作任務面臨現行績效量度之規範下，是否亦會造成負向影響正常工作之執行？
- 三、探討績效量度配適性對醫師工作績效之影響。主要目的在了解績效量度之激勵作用是否會正向影響工作績效？以及績效量度設計上之不適切性是否會降低工作績效；績效量度是否被裁量性操弄或呈現出非真實面的績效？最後探討績效量度配適度在任務屬性與工作績效間的中介影響效果。

本研究之整體流程架構如下，第二部分為文獻探討與研究假說之建立，爾後說明研究方法、最後為實證結果與結論。

## 貳、文獻探討與假說推論

### 一、必要任務屬性理論

#### （一）理論內涵

必要任務屬性泛指工作本身的屬性，包括工作環境、工作性質、工作獎酬、安全感、工作本身所需之技能等攸關影響員工工作滿意度之前置屬性因素 (Turner & Lawrence, 1965)。Turner & Lawrence (1965) 以田野調查法實地觀察與訪談470名員工，進而歸納出47項工作之任務屬性。該研究目的在於檢視不同任務屬性對其工作滿意度及組織承諾之影響，進而提出必要任務屬性理論，奠定了任務屬性之分類基礎。後續研究中，Hackman & Lawler (1971) 以必要任務屬性理論為基礎，深入探討員工擔任特定職務的從業人員時，因每次工作所分配的任務會有所差異，故針對任務屬性提出六項類別，包括任

務變化性 (Variety)、自主性 (Autonomy)、一致性或同一性 (Identity)、回饋性 (Feedback)、友誼機會 (Friendship Opportunities) 與合作性 (Dealing With Others)，前四項屬性為任務之核心構面，後兩項屬性強調任務的人際關係構面。以會計師事務所審計人員為例，其本身專長與應徵的工作為審計查帳性質，但因分配的任務不同，例如分配到查核不同產業（製造業、服務業及金融業等）的審計任務，則不同的任務所賦予的查核工作屬性也會有所差異。後續研究中，相關文獻依據該理論將任務屬性擴大於解釋個人內在特質對工作績效之影響，例如Hackman & Oldham (1975) 主張任務屬性與工作績效間存在員工「關鍵心理狀態」之中介影響效果；亦有文獻認為任務屬性的困難度越高，會透過提昇內控的人格特質來間接正向影響其工作績效 (Dailey, 1979)；更有研究發現任務屬性會透過工作職位的穩定度來間接影響工作績效 (Orpen, 1986)。綜上所述，無論工作本身所賦予的任務屬性為何，探討任務屬性與工作績效間的關係時，應加入其他中介變數來提升整體研究架構的解釋能力。然而，有關中介變數之內涵在目前研究中並未呈現一致性的結論。

## （二）醫師之任務屬性

本研究聚焦於探討部立醫院醫師工作之任務屬性，依據「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」將部立醫院醫師主要工作內涵區分成「臨床服務」與「公共服務」工作兩類。由於「臨床服務工作」的任務屬性呈現高度之變化性，例如門診、用藥、手術等 (楊建昌等，2011)，相較於其他公共服務性質的任務屬性來說，臨床服務工作的同質性或一致性程度較低，但複雜度與變化度較高，畢竟每位病患的病情不盡相同，即便症狀類似，但影響的原因不可能一致，因此從事醫療與處方行為時均需要作全盤性的考量 (劉育志，2012; 張志華等，2014)。依據前述必要任務屬性理論與文獻，本研究主張「臨床服務工作」的任務屬性具備高度的變化性且「非例行性」屬性的程度較高。另一方面，部立醫院醫師的工作尚包括變化性程度低但例行程度高的「公共服務性質」工作，例如行政事務、駐診諮詢 (如社區醫療駐診僅提供健診分析，但不執行醫療或用藥行為)、值班或其他教學、研究、訓練表現等，這類「公共服務工作」的任務屬性因變化性較低，屬於「例行性」程度高的分配任務。基於醫師的任務屬性與前述Hackman & Lawler (1971) 研究中的「變化性程度」較為攸關，因此本研究延續相關文獻之分類與定義，將醫師任務屬性依其變化程度區分為「例行性 (Routine)」與「非例行性 (Non-



Routine)」。任務屬性的「非例行性」程度越高，代表所分派的工作任務並無固定的作業程序且工作內涵存在高度不確定性、員工除了需基本技能外，尚需整合個人經驗、判斷或其他外在資訊（最新知識、專家意見等）之輔助來完成該任務 (Jehn, 1995; Janssen et al., 1999; Nancy, 2000)；若該任務屬性僅需要依照工作規範或基本作業程序即可執行完成，代表其「例行性」程度高 (Jehn, 1995)。因此面對非例行性程度高的任務上，由於作業程序較陌生與不確定，需要大量從業人員專業知識、經驗與技能的結合上 (Nancy, 2000)，例如本文所探討的醫師臨床工作，不論是每一次之問診或手術，醫師皆需考量病患的症狀、家族病史、生活習性，甚至職業別等因素來作通盤的考量，同時整合自身所學之醫療技能、相關病例的文獻知識與醫療經驗等，俾執行應有的醫療程序。綜上所述，本研究界定部立醫院醫師的主要任務屬性包括「例行性」與「非例行性」屬性。

## 二、績效量度配適性

本研究延續緒論段所論述之觀點，將績效量度配適性區分成以下兩類：

### （一）績效量度之不適切性

績效量度之不適切性係指從業人員認知績效量度設計之有效性與允當性對正常工作執行上的「負面」影響程度 (Bai et al., 2010)。績效量度設計上之適切性在管理會計研究中雖沒有一致性的論點，但在相關文獻中經常出現類似的觀念與研究發現，有研究指出「設計過多的績效量度」不僅影響責任中心績效的達成率，更造成部門間的反功能性決策行為 (Kaplan & Norton, 1996, 2001, 2004; Ittner & Larcker, 1998)，甚至面臨過多績效量度的要求下，員工可能陷入追求易達成的績效量度，卻不去努力達成其他對組織也重要的指標 (Abernethy et al., 2013)。嚴重的話，前述設計過多的績效量度，讓從業人員認知到承受過重的工作負荷壓力、與指標達成率之要求，其結果將負面影響整體工作績效。Kaplan & Norton (1996, 2009) 主張適切設計的績效量度盡量不要超出 16 項，俾減少過多績效量度反而妨礙正常工作之執行。

部分研究認為「績效量度若缺乏與組織策略間的連結」將導致員工追求自我利益下的短期績效 (Perego & Hartmann, 2009; Grafton et al., 2010; Gopalakrishnan et al., 2015)，前述情形可能因績效量度設計上的不合宜，反而影響從業人員正常工作之執行。相關研究指出必須以「組織策略」為核心發

展出財務與非財務績效量度，同時亦能轉化策略為具體行動方案 (Kaplan & Norton, 1996; Chenhall, 2005; Burney & Widener, 2007; Arnold & Artz, 2015)。主要目的除了引導從業人員達成組織目標，最重要的是此設計模式下的績效量度能真正衡量出工作績效之良窳。換言之，績效量度必須與組織策略緊密結合，方能具有驅動、溝通、校準管理行動之屬性 (Kaplan & Norton, 2009; Gates & Germain, 2010)。另一方面，不同任務屬性，若採行「相同的績效量度」來評核工作績效，可能會產生績效失真的結果 (Fetham & Xie, 1994; Budde, 2007)，例如 Lillis (2002) 從田野調查中發現，「不同部門間的共同性績效量度」與「個別部門之獨特性量度」間的績效權重比例必須藉由溝通以協調出允當之衡量模式，否則會造成部門從業人員放棄對部門不利，但對整體組織卻是有利的決策。

由於高度複雜性與不確定性的工作需要專業技能與豐富經驗才能完成，通常難以藉由明確的指引方法 (Clear Means) 來與工作的成果作連結，也因此較不易衡量 (Less Easily Measured)，即便設立績效量度來評估工作的良窳，有時會形成績效量度反而負面影響工作執行之效應 (Feltham & Xie, 1994)。延續前述論點來探討本研究中所論述之醫師「臨床服務工作」，同樣是臨床手術的績效 (屬於「非例行性」程度高的任務屬性)，在牙周病手術與器官移植手術下所需要的技能、時間、經驗、風險截然不同，若在績效量度之設計上都歸類於單一「手術績效」，則可能存在不允當設計之績效量度規劃邏輯。畢竟對風險高的器官移植手術來說，需要「更多元、更深入設計的細節性績效量度」來評估其績效良窳，例如手術住院日超過特定天數之比率、手術後特定日內發生器官之損傷比率、手術後特定日內有相關器官之徵候發生比率、手術後特定日內發生該手術相關診斷再住院比率等 (蔡繼志，2010)。其次，臨床手術工作對外科部醫師而言，其「績效權重之比例」必須高於其他部科醫師手術的比重，畢竟外科醫師的「手術績效」占整體臨床工作績效的重要性遠遠高於其他部科之醫師。一旦醫院制定相同的臨床績效量度、或是績效權重未依任務屬性調整，勢必存在績效量度設計上之不適切性。對外科醫師而言，侵襲性的診療處置行為比其他部科醫師來的多，若績效量度如前述設計不允當，反而會因績效量度之建立而導致無法衡量真正的臨床醫療績效。綜上所述，本研究認為部立醫院在績效評核原則中雖在「臨床服務工作」上建立許多績效量度，但並未依照醫療科別的工作範圍屬性來設計其獨特性之績效量度，同時亦無權重比例之規劃，因此本研究推論當部立醫院的

醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會越認知現行設計之績效量度不具適切性。

相對地，面臨醫師「公共服務工作」，基於多數為一般性的行政事務、駐診諮詢與教學研究等變化性較臨床醫療工作低的任務，因此屬於例行性程度較高的工作性質。對部立醫院醫師而言，實屬較為單純的工作範圍（方瑞雯等，2012），只要努力做好醫院所分配的前述任務，必能有卓越的公共服務績效。此外，從附錄一亦顯示出績效與獎酬制度間之明確連結，因此本研究推論當部立醫院醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具適切性。綜上所述，本文提出如下假說 H1a 與 H1b：

H1a：當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會越認知現行設計之績效量度不具適切性。

H1b：當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具適切性。

## （二）績效量度之激勵性

績效量度之激勵性係指 PMS 中的績效量度在設計面上能明確引導組織成員之工作方向與個人需求目標（如獎金、升遷、調薪等），進而引發其對工作目標的承諾與誘因效果（Webb, 2004）。管理會計研究中認為制定績效量度後所賦予組織成員的激勵效果越強，代表該從業人員認知績效量度具備公平、公正與客觀的屬性，足以形成其努力工作的誘因與動機（Dekker et al., 2012; Marginsona et al., 2014）。有關績效量度具激勵效果之研究上，大致分成以下結論：(1) 績效權重比例的設計需要經過協調與溝通，方能產生誘因的效果（Campbell, 2008; Kelly, 2010; Marginsona et al., 2014）。在競爭激烈的環境中，組織通常以獲利的前提為考量，即便有 BSC 或 SPMS 之觀念，但重視財務績效的權重比例通常甚於非財務績效，因此 Campbell (2008) 之實證發現如何權衡績效量度之權重比例是組織相當困擾（Confused）的管理議題。權重比例之調整可能會涉及個體本身、部門、甚至整體組織的工作量與工作士氣（如滿意度），因此藉由協調與對話式的溝通機制來強化績效權重的允當性，亦可避免部門間或上司與部屬間的對立型態；Marginsona et al. (2014) 則延續其觀點，主張互動式模式（Interactive Utilization）可正向影響組織成員對績效量度設計上之心理賦權（Psychological Empowerment），一旦績效評估的指標是經由自身參

與設計，將形成對組織 PMS 的歸屬感；而對話式模式 (Diagnostic Utilization) 可降低角色模糊 (Role Ambiguity) 發生，使組織成員能認知績效量度是藉由對話溝通後才規劃的認同感。(2) 績效量度之設計必須符合個人目標與組織目標的一致性 (Congruity) (Feltham & Xie, 1994; Bouillon et al., 2006; Budde, 2007; Ho et al., 2014)。組織員工的個人目標通常包括組織所賦予的任務目標 (如生產率、業績等) 與個人的獎酬目標 (如獎金、升遷等)，然而個人目標與組織目標間可能不具相容性 (Compatibility) (Jap & Anderson, 2003)。Feltham & Xie (1994) 指出規劃 PMS 時，應秉持目標一致性之原則，亦即組織策略規劃下的長期或短期工作目標必須與組織成員個人目標間具有相同的方向或立場。尤其績效量度之設計，應緊密地與獎酬制度結合，讓組織成員體認唯有組織策略目標的達成，組織才有獲利之結果；而組織能獲利，對組織成員所追求的晉升、獎酬等個人目標也才能達成 (Budde, 2007)。因此允當設計之績效量度若能達到個人目標與組織目標的一致性原則，將對組織成員產生激勵之效。

回歸本研究論述有關部立醫院醫師之任務屬性，「非例行性」程度高的臨床醫療工作經常面對高度之專業判斷與症狀的變化性，但如前所述，現行績效量度之設計過於單純化，不僅沒有考慮前述權重比例之設計觀點，更沒有深入依照部科別的任務性質而建立更詳盡的多元評估量度；再者，「非例行性」工作的困難度高，雖然部立醫院的 PMS 與獎金制度結合，但從相關實務文獻可知，臺灣健保制度下的臨床醫療給付對醫師而言實在缺乏誘因效果<sup>7</sup> (方瑞雯等，2012)，因此本文推論面對吃力不討好的臨床醫療工作，當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會越認知現行設計之績效量度具激勵性。另一方面，醫師尚有「例行性」的公共服務工作 (例如諮詢、行政、教學與研究)，相較於臨床服務工作而言，此類工作不僅需要較少的專業知識與經驗判斷，同時工作程序並不複雜，故所承擔的醫療疏失責任亦較少。醫師只要能依照所分派之任務努力執行，必定能達成卓越績效與個人目標 (例如獎金)，本文推論當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具激勵性。綜上所述，本文提出如下假說 H2a 與 H2b：

---

<sup>7</sup> 方瑞雯等 (2012) 指出，現行健保制度下，無論是私立或公立醫院之醫師均成為廉價勞工，氣管插胸之風險高、臨床處理程序複雜，健保給付比水電工通水管還要低；心臟按摩急救程序比腳底按摩便宜；洗膀胱僅給付\$95/次，比洗頭廉價 (方瑞雯等，2012)。

H2a：當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會認知現行設計之績效量度具激勵性。

H2b：當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具激勵性。

### 三、醫師工作績效

#### (一) 醫師工作績效之內涵

工作績效是指組織成員依據組織目標、職責或契約內容，而將其自身工作任務實現的程度 (Motowidlo & Scotter, 1994)。因此，工作績效依照不同的產業別、職能別、契約別會有不同的衡量標準與定義。本研究聚焦於醫療組織中的醫師工作績效，依據Abernethy & Stoelwinder (1991) 所發展的多重構面量表，該研究主張醫師工作績效應包括病患的滿意度、醫療照護（服務）品質、臨床教學表現、臨床研究表現、專業發展能力、專業形象建立的能力等績效量度。本文所探討的研究標的為臺灣部立醫院的醫師工作績效，其績效量表亦延續國外多元績效量度之設計觀點，將醫師績效構面分成「臨床服務績效」與「公共服務績效」（詳附錄一）。其中「公共服務績效」包括六大績效量度：(1) 義診諮詢、(2) 社區醫療諮詢、(3) 駐診、(4) 病房值班、(5) 醫療管理行政、(6) 其他表現（教學成果、研究發展、參辦或奉派教育訓練及特殊表現等）；「臨床服務績效」包括十五大績效量度：住院診察、會診、X光檢查、手術、麻醉、病理檢驗、碎石術、復健費、健康檢查、呼吸治療、牙科治療處置、各項證明書、其他診療處置（醫師操作、判讀、治療與精神科治療）。該制度最大的設計特色係將獎金制度與績效結合，不僅醫師績效的衡量標準有明確的說明與計算基礎，同時亦建構起多數科別的績效量度。因此，醫師工作績效的衡量標準並不需要全部績效量度都要達成（例如多數科別是不會有碎石術、呼吸治療、或牙科治療處置之績效），而係針對自身科別屬性的績效量度去努力與執行。然而，前述制度亦呈現出PMS設計上的不足，例如兩大績效構面卻缺乏績效權重的規劃，並不符合相關研究之主張 (Campbell, 2008; Kelly, 2010; Marginsona et al., 2014)；此外，部分績效量度應深入針對該科別的工作範圍屬性下建立更詳細與深入之衡量標準，例如手術績效應依據不同科別而建立更細節性的評估指標（如分別設計骨科手術、牙科手術、心臟外科手術、器官移植手術等不同性質之細節性績效量度與獎酬標準）。

## (二)「績效量度之配適度（激勵性、不適切性）」與醫師工作績效之關連性

自部立醫院的績效評估原則可知，該量表不僅缺乏建構績效構面之權重比例，而且部分績效量度設計上過於籠統，亦即不同任務屬性，卻採行「相同的績效量度」來評核，可能會產生績效失真的結果 (Fetham & Xie, 1994; Budde, 2007)。最重要的是，現行績效量度缺乏長期性的規劃觀點，例如沒有建構「手術後」或「治療後」再復發比例的績效量度，亦導致可能出現醫師有卓越的短期績效，但長期來看反而會對醫師的未來績效產生負面影響（例如病患再復發或回診比例異常），最終甚至可能影響整體醫院的評鑑績效，此為績效量度在不適切設計下的負面影響效果。特別是績效評估系統之設計應與部立醫院的成立宗旨或經營策略整合，目的在轉化醫院無形的策略為具體行動方案，但由於現行「績效評核原則」是以「工作類別」為前提來設計績效量度，讓所屬的從業醫師無法澄清與了解醫院營業策略與個人工作內涵之關聯性，可能亦會導致負面影響其工作績效之效應。另一方面，Kaplan & Norton (1996) 指出績效量度盡量不要超出16項，而部立醫院的兩大績效構面合計約21項量度，雖然PMS並未要求醫師每一項量度均要努力達成，但存在過多的績效量度只會造成組織成員選擇性的去努力執行易達成的部分 (Abernethy et al., 2013)，較難達成或風險高的績效量度對組織成員而言，反而會導致負面影響正常工作之執行<sup>8</sup> (Bai et al., 2010)。因此綜上所述，PMS設計中通常存在許多績效量度，有些績效量度具激勵效果、有些則反而會對正常工作產生負面影響效應，一旦醫師認知績效量度在設計上不適切性，則會負向影響其工作績效。本研究提出以下假說：

H3a：當醫師認知現行設計之績效量度不具適切性，則會對其臨床服務績效產生負向的影響。

H3b：當醫師認知現行設計之績效量度不具適切性，則會對其公共服務績效產生負向的影響。

水能載舟亦能覆舟，績效量度若能激勵組織成員的工作動機與動力，對個人工作目標的達成將有立竿見影之效。本研究中部立醫院公共服務績效量度之衡量方式設計明確，醫師若能依據醫院之任務分派來協助醫療諮詢、行

---

<sup>8</sup> 但是整體通盤而言，每一項績效量度之達成率均是有利於整體組織。

政工作或積極強化各方面的績效表現，絕對能呈現卓越的工作績效；而臨床醫療服務績效中的部分績效量度亦是如此（例如診斷證明書之開立），這類績效量度的執行困難度較低，加上作業程序的複雜度與變化性亦較低，因此對醫師而言可能會形成激勵的效果。本研究延續相關文獻之主張 (Feltham & Xie, 1994; Budde, 2007; Dekker et al., 2012; Ho et al., 2014)，主張當醫師認知績效量度具激勵性，則會正向影響其工作績效。本研究提出以下假說：

H4a：當醫師認知現行設計之績效量度具激勵性，則會對其臨床服務績效產生正向的影響。

H4b：當醫師認知現行設計之績效量度具激勵性，則會對其公共服務績效產生正向的影響。

### (三) 任務屬性、績效量度之配適度與醫師工作績效之關連性

自前述文獻探討可知，必要任務屬性理論主張不同的任務屬性會導致不同的工作績效 (Turner & Lawrence, 1965)，後續相關研究則認為為了強化任務屬性與工作績效間的正向連結，加入其他「中介變數」來提升整體研究架構的解釋能力 (Hackman & Oldham, 1975; Dailey, 1979; Orpen, 1986)。本研究延續前述論點，主張「例行性」與「非例行性」任務雖然有其作業執行面上之重大差異性，包括所需要之專業知識與經驗不同、任務本身的複雜程度與變化程度亦不同、甚至執行任務所面臨的風險亦不同，但無論其任務之內容與性質為何，當組織成員被分派職責下的各項任務時，總是會秉持全力以赴來達成組織要求，俾達成卓越工作績效 (Dess & Beard, 1984)。本研究自績效量度配適度（認知不適切性與激勵性）之角度來探討不同任務屬性對醫師工作績效（臨床服務與公共服務績效）之關連性，首先在任務屬性、績效量度之不適切性與醫師工作績效方面，面對「非例行性」的臨床服務工作，其任務屬性充滿高度不確定性，因此醫師需要比「例行公共服務工作」花費更多的前提作業準備、更多元的知識整合與交易成本（如人力、時間、診療成本），加上現行部立醫院的臨床工作績效量度在設計面上仍有很大的改善空間，因此如假說H1a之推論結果呈現出負向影響正常臨床醫療作業之進行，而醫師認知績效量度之不適切性越大，則會負向影響醫師後續臨床服務的工作績效。相對地，醫師「例行性」的公共服務工作性質較臨床醫療工作單純，前置作業程序與執行複雜度低，加上現行部立醫院對例行工作的績效量度設計較少（僅六

項)，亦允當衡量每項任務之要求，故本研究延續假說H1b之觀點，當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具適切性；同時相關實證研究亦發現績效量度在設計上之不適切性越低會越正向提昇工作績效 (Bai et al., 2010)。綜上所述，本研究推論出如下假說：

H5a：當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會因認知現行設計之績效量度不具適切性，進而間接對其臨床服務績效產生負向的影響。

H5b：當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具適切性，進而間接對其公共服務績效產生正向的影響。

其次在任務屬性、績效量度之激勵與醫師工作績效方面，因現行部立醫院績效量度的設計對醫師臨床服務工作而言，並未因不同科別的工作範圍有不同的多元設計或細節性規劃，畢竟同工（例如手術）卻有不同交易成本（時間、人力、物資投入），難以產生誘因與激勵之效。延續假說H2a之推論結果，當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會越認知現行設計之績效量度具激勵性；而激勵性越高亦會正向提升醫師的臨床服務績效。另一方面，例行性的公共服務任務主要是諮詢、行政與教學等表現，在現行部立醫院的績效量度中不僅明確規範其衡量標準，更與獎金制度充分結合。因此績效量度在具備工作動機與誘因的規劃前提下，只要醫師有心努力，六項指標的達成率絕對顯著易於臨床服務績效之達成率。綜上所述，本研究推論出如下假說：

H6a：當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會因認知現行設計之績效量度具激勵性，進而間接對其臨床服務績效產生正向的影響。

H6b：當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具激勵性，進而間接對其公共服務績效產生正向的影響。



# 參、研究方法

## 一、觀念性研究架構

本研究目的在於探討部立醫院醫師的任務屬性對現行績效量度之配適程度與醫師工作績效之影響。本文引用必要任務屬性理論作為理論基礎，進而區分醫師的任務屬性為「例行性」與「非例行性」任務，此分類為本文針對醫療產業所提出之創新觀點，為本文之理論貢獻之一。其次，在「績效量度配適度」的分類上，本研究依據相關文獻探討提出「績效量度之激勵性」與「績效量度之不適切性」的分類模式，進一步透過假說推論程序來建構出不同任務屬性對「績效量度之不適切性 (H1a、H1b)」與對「績效量度之激勵性 (H2a、H2b)」的影響。第三，本研究針對現行部立醫院之績效量度，探討績效量度配適性對醫師工作績效之影響 (H3、H4)。最後，本研究依據必要任務屬性理論下的中介模式觀點，將績效量度配適度視為任務屬性與醫師工作績效之中介變數，進一步自「部立醫院績效量度之設計面」來分析不同任務屬性、績效量度配適度與醫師工作績效間之關連性 (H5、H6)，此為醫療組織重要的管理議題，卻甚少有研究檢視其間的關係。圖 1 呈現出本文之觀念性研究架構。

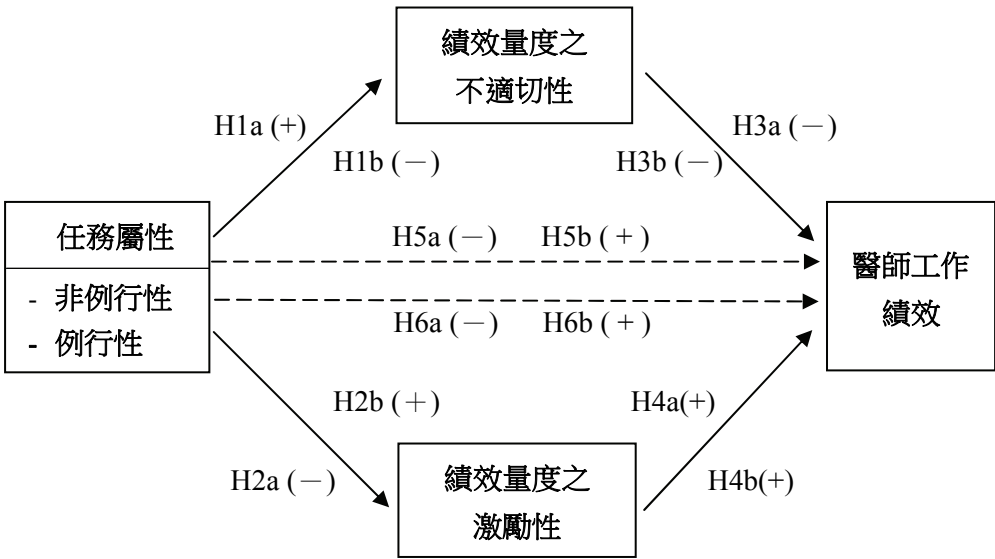


圖 1：觀念性研究架構

資料來源：本研究整理

## 二、研究設計

### (一) 研究樣本

本研究係以現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」(附錄一)為主要分析標的，因此主要研究對象是衛生福利部所屬「綜合醫院」之醫師(「不含」5家療養院(如樂生療養院)、與1家胸腔專科病院、1家旅遊醫院)，截至2015年12月31日止合計衛生福利部所屬之綜合醫院有20家<sup>9</sup>，研究樣本醫師合計1302人(不包含部科主管與行政主管)，本文採全查方式。研究樣本剔除部科主管與行政主管之原因如下：(1)依據Choe (1998)、Lillis (2002)之主張，認為研究樣本應盡量具備有高度之同質性或一致性，除了可避免脈絡變數(Contextual Variables)之干擾外，同時亦可強化研究結果之解釋力；此外，Cohen & Toleman (2006)亦主張探討績效議題時，越聚焦於分析「同一層級樣本」的績效，則會得出較具精確性與代表性的研究結論。(2)本研究經某國立大學研究倫理審查委員會審查通過，其中之一的建議認為「具有雙重身份(行政考核及臨床督導)」的行政主管與部科主管，例如院長、副院長、部科主任級之醫師，可能會干擾研究結果呈現，因此本研究剔除主管級的醫師。

### (二) 資料收集程序

問卷發出前，先由本校長期實習合作的部立醫院5位醫師從事前測程序。主要目的在於修正與澄清語意不清之問項，俾作為正式發出問卷前的修正依據，爾後將正式問卷(詳附錄二)直接寄給前述研究對象。本研究採全查方式，因此實際發出1302份調查問卷，為提高問卷回函率，本問卷於寄出一個月後，針對未回函者再寄出第二次問卷(均符合研究倫理規範下匿名非強迫性的調查方式)。第一次回函之有效問卷157份，第二次才回函之有效問卷計61份，合計回收之有效回函問卷218份(有效回函率16%)。此外，在無反應偏差(Non-Response Bias)之檢測方面，本研究依據Armstrong & Overton (1977)、Ines et al. (2002)之主張，將有效回收問卷依據回收時間區分為第一

<sup>9</sup> 包括臺北醫院(含城區院區)、雙和醫院、基隆醫院、桃園醫院(含新屋院區)、苗栗醫院、花蓮醫院(含豐濱原住民院區)、臺東醫院(含成功院區)、玉里醫院、金門醫院、澎湖醫院、臺中醫院、豐原醫院、彰化醫院、南投醫院(含中興院區)、嘉義醫院、朴子醫院、臺南醫院(含新化院區)、新營醫院(含北門院區)、旗山醫院、屏東醫院。

組（前 3 週先回收）與第二組（後回收），並比較兩組衡量變項之獨立樣本 T 檢定，俾了解是否存在無反應偏差。結果顯示除了「公共服務工作績效量度之不適切性」呈現顯著性差異外（ $P\text{-value} < 0.05$ ），其餘變數並未存在重大回函偏誤（ $t$  值均不顯著）。表 1 係受測者人口統計變項資料分佈表，回函樣本中年齡以 41-50 歲佔最多數（45%）、其次為 51-60 歲（38%）；其中男性醫師計 199 人（91%）；累積臨床年資以 11 至 20 年計 98 人佔最多數（45%）、其次為 21-30 年的服務年資共計 94 人（43%）；主要係以內科部門 51 人佔最多數（23%）、其次為家醫科共計 39 人（18%）。

表 1：受測者人口統計變項資料分佈表（ $N=218$ ）

人口統計變項	項目	樣本數	百分比
性別	女	19	9%
	男	199	91%
年齡	30歲以下	0	0%
	31歲~40歲	28	13%
	41歲~50歲	101	45%
	51歲~60歲	82	38%
	61歲以上	7	7%
	學士	122	56%
	碩士	80	37%
	博士	16	7%
	內科	51	23%
	家醫科	39	18%
	外科	28	13%
	精神科	22	10%
	小兒科	17	8%
	中醫科	12	6%
	牙科	10	5%
臨床年資	急診科	7	3%
	不到3%其他科（骨科、眼科、 病理科、麻醉科、婦產科、泌 尿科等）	32	14%
	10年以下	23	10%
	11年~20年	98	45%
	21年~30年	94	43%
	31年以上	3	2%

資料來源：本研究整理

### 三、研究變數衡量與信效度分析

本研究在信度分析上，係透過 Cronbach's  $\alpha$  值 (Nunnally, 1978) 與驗證性因素分析 (Confirmatory Factor Analysis, CFA) 中的組合信度值 (Composite Reliability, CR) 與萃取變異量 (Variance Extracted, VE) (Bagozzi & Yi, 1988) 來衡量信度之合理性。依據 Nunnally (1978) 之建議，Cronbach's  $\alpha$  值大於 0.7 表示內部一致性高；Bagozzi & Yi (1988) 指出各變數之 CR 必須超過 0.6、VE 亦須超過 0.5 以上的水準，方具有合理的內部一致性。在效度分析方面，本研究採用 CFA 衡量各研究變數之收斂效度，良好的收斂效度需具備：(1) 標準化因素負荷量 (Factor Loading) 需呈現顯著性且大於 0.4 以上即達到可接受的效度值範圍 (Hair et al., 2010)；而在 0.5~0.95 間則是高效度 (Bagozzi & Yi, 1988)。(2) CR 需大於 0.6 (Hair et al., 2010)。(3) VE 需大於 0.5 (Hair et al., 2010)。本量表採用 Likert 七點尺度，要求受測者在 1~7 的數字中圈選一個數字，以代表其非常不同意或非常同意的程度，以下分述研究變數之衡量問項與信、效度分析。

#### (一) 非例行性任務屬性

係指所分派的工作任務並無固定的作業程序且工作內涵存在高度不確定性、複雜性與變化性，員工除了需基本技能外，尚需整合個人經驗、判斷或其他外在資訊 (新知識、專家意見等) 之輔助來完成該任務 (Nancy, 2000)。本研究所界定之「非例行性任務」係指部立醫院醫師的「臨床服務工作」，因此修改相關文獻 (Janssen et al., 1999; Nancy, 2000) 與現行部立醫院之臨床醫療服務的工作屬性，彙總出以下衡量問項，以評估醫師所認知非例行性任務屬性：(1) 臨床醫療的服務工作 (包括門診、急診、住院診察、會診及其他診療處置) 的內容存在高度的複雜性 (Complex)；(2) 臨床服務工作具備高度不確定性 (Uncertainty) 的性質；(3) 執行臨床服務工作需要具備高度的專業技能 (包括專業知識與臨床經驗)；(4) 臨床服務工作存在許多未知的醫療風險。本量表係採用 Likert 七點尺度，要求受測者在 1~7 的數字中圈選一個數字，以代表其非常不同意或非常同意的程度。有關「非例行性」任務屬性的信、效度分析上，依據表 2 中 CFA 分析之結果，Cronbach's  $\alpha$  值為 0.92、CR 為 0.93、VE 為 0.55、因素負荷量在 0.59 以上且呈現顯著性，具有良好的信效度。

表 2：驗證性因素分析

變數	題號	因素負荷量( $\lambda$ )	衡量誤差值( $\epsilon$ )	組合信度(CR)	萃取變異量(VE)	Cronbach's $\alpha$ 值
非例行性任務屬性	1	0.75***	0.14	0.93	0.55	0.92
	2	0.59***	0.18			
	3	0.71***	0.09			
	4	0.63***	0.12			
例行性任務屬性	1	0.57***	0.08	0.86	0.63	0.88
	2	0.46***	0.37			
	3	0.60***	0.19			
	4	0.87***	0.25			
「臨床服務工作」績效量度之不適切性	1	0.90***	0.14	0.75	0.53	0.76
	2	0.51***	0.23			
	3	0.81***	0.14			
	5	0.68***	0.17			
「公共服務工作」績效量度之不適切性	1	0.64***	0.20	0.79	0.61	0.78
	2	0.70***	0.19			
	3	0.79***	0.28			
	5	0.83***	0.31			
「臨床服務工作」績效量度之激勵性	1	0.88***	0.11	0.91	0.69	0.88
	2	0.72***	0.24			
	3	0.83***	0.19			
	4	0.85***	0.13			
「公共服務工作」績效量度之激勵性	1	0.81***	0.11	0.92	0.68	0.92
	2	0.77***	0.08			
	3	0.79***	0.10			
	4	0.93***	0.06			
醫師工作績效-臨床服務績效-公共服務績效	本研究之績效量度是來自於行政院所頒佈之制式規範，原本在設計上便統合各部科醫師的工作而一起評估，雖然部分量度可能不適用與通用於全部科別。但是研究調查問卷中必須完整呈現現行規範的績效評估量度，因此醫師僅會針對自身攸關的績效量度評估，並非每樣指標均會填寫。基於以上緣由，本研究在 (1)「公共服務績效」與 (2)「臨床服務績效」上無需也無法從事信、效度之分析程序。					

註：因素負荷量為標準化之值；\* $<0.05$ 、\*\* $<0.01$ 、\*\*\* $<0.001$ 。

資料來源：本研究整理

## (二) 例行性任務屬性

係指所分派的工作任務內涵單純，可能僅需要依照工作規範或基本作業程序即可執行完成，任務本身變化程度低且較不複雜 (Jehn, 1995)。本研究中介定「例行性」任務是指部立醫院醫師的「公共服務工作」，因此修改相關文獻 (Jehn, 1995; Janssen et al., 1999) 與現行部立醫院公共服務任務的屬性，彙總出以下衡量問項，以評估醫師所認知的「例行性」任務屬性：(1) 相較於臨床服務工作而言，公共服務工作（包括社區義診、諮詢、醫療行政、及其他訓練、教學或研究表現）的內容較為單純 (Pure)；(2) 相較於臨床服務工作而言，公共服務工作本身的變化程度較低；(3) 相較於臨床服務工作而言，公共服務工作所需投入之交易成本（時間、人力與物力）較少；(4) 相較於臨床服務工作而言，公共服務工作所需要的專業技能較低。本量表係採用 Likert 七點尺度，要求受測者在 1~7 的數字中圈選一個數字，以代表其非常不同意或非常同意的程度。本研究問卷中四題問項之 Cronbach's  $\alpha = 0.88$ ，具有高信度值；CR 為 0.86、VE 為 0.63、因素負荷量在 0.46 以上且呈現顯著性，具有良好的信效度。

## (三) 績效量度之不適切性

係指績效評估系統設計不允當，導致績效量度反而負面影響正常工作執行的程度 (Bai et al., 2010)。本研究中係以現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」為分析標的，進而修改相關文獻 (Budde, 2007; Bai et al., 2010; Abernethy et al., 2013) 之量表，俾建構出以下衡量問項。其中 (1)「臨床服務工作」(非例行性任務) 之績效量度<sup>10</sup>之不適切性題項包括：(A) 現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」下的「臨床服務工作」之績效指標在設計上過於籠統 (Large)，並沒有按照科別工作屬性規劃；(B)「臨床服務工作」之績效指標設計不允當，部分指標容易達成、部分指標不易達成；(C)「臨床服務工作」之績效指標設計太多，難以衡量真實績效；(D)「臨床服務工作」之績效指標沒有設計權重比例，難以衡量真實績效；(E)「臨床服務工作」之績效指標要求很多，有時反而妨礙本份工作之執行。第一次 CFA 分析顯示第 (D) 題的因素負荷量未達 0.4 的水準，經去除該題項後，以剩餘的 4 題進行分析第二次 CFA 分析。本研究問卷中四題問項之 Cronbach's  $\alpha = 0.76$ ，

<sup>10</sup> 由於醫師均將績效量度通稱為「績效指標」，故問卷中全部將績效量度改為慣用語的「績效指標」。

具有高信度值；CR 為 0.75、VE 為 0.53、因素負荷量在 0.51 以上且呈現顯著性，具有良好的信效度。

此外，有關（2）「公共服務工作任務」（例行性任務）之績效量度不適切性題項包括：（A）現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」下的「公共服務工作」之績效指標在設計上過於籠統（Large），並沒有按照科別工作屬性規劃；（B）「公共服務工作」之績效指標設計不允當，部分指標容易達成、部分指標不易達成；（C）「公共服務工作」之績效指標設計太多，難以衡量真實績效；（D）「公共服務工作」之績效指標沒有設計權重比例，難以衡量真實績效；（E）「公共服務工作」之績效指標要求很多，有時反而妨礙本份工作之執行。為了達到研究分析上之一致性，本研究比照前述檢定結果先剔除第（D）題之項目，以剩下 4 題進行信、效度分析。本研究變數之 Cronbach's  $\alpha = 0.78$ ，具有高信度值；CR 為 0.79、VE 為 0.61、因素負荷量在 0.64 以上且呈現顯著性，具有良好的信效度。

#### （四）績效量度之激勵性

係指績效評估系統中的績效量度在設計面上能明確引導組織成員之工作方向與個人需求目標（如獎金、升遷、調薪等），進而引發其對工作目標的承諾與誘因效果（Webb, 2004; Webb et al., 2010）。本研究中係以現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」為分析標的，進而修改相關文獻（Dekker et al, 2012; Marginsona et al., 2014）之量表，俾建構出以下衡量問項。其中（1）「臨床服務工作」（非例行性任務）績效量度之激勵性題項包括：（A）現行「臨床服務工作」之績效指標具備公平、公正與客觀的屬性；（B）「臨床服務工作」之績效指標能滿足個人的需求目標（如獎金、升遷等）；（C）「臨床服務工作」之績效指標的設計能激勵我的工作動機；（D）「臨床服務工作」之績效指標並無法引導我的工作方向（反向題目）。本研究變數之 Cronbach's  $\alpha = 0.88$ ，具有高信度值；CR 為 0.91、VE 為 0.69、因素負荷量在 0.72 以上且呈現顯著性，具有良好的信效度。

此外，有關（2）「公共服務工作」（例行性任務）績效量度之激勵性題項包括：（A）「公共服務工作」之績效指標具備公平、公正與客觀的屬性；（B）「公共服務工作」之績效指標能滿足個人的需求目標（如獎金、升遷等）；（C）「公共服務工作」之績效指標的設計能激勵我的工作動機；（D）「公共服務工作」之績效指標能引導我的工作方向。本研究變數之 Cronbach's  $\alpha = 0.92$ ，具

有高信度值；CR 為 0.92、VE 為 0.68、因素負荷量在 0.77 以上且呈現顯著性，具有良好的信效度。

### （五）醫師工作績效

工作績效是指組織成員依據組織目標、職責或契約內容，而將其自身任務實現的程度 (Motowidlo & Scotter, 1994)。本文所探討的研究標的為部立醫院的醫師工作績效，因此依據「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」將醫師績效構面依現況分成：(1)「公共服務績效」：包括(A) 義診諮詢、(B) 社區醫療諮詢、(C) 駐診、(D) 病房值班、(E) 醫療管理行政、(F) 其他表現（教學成果、研究發展、參辦或奉派教育訓練及特殊表現等）；(2)「臨床服務績效」：包括住院診察、會診、X光檢查、手術、麻醉、病理檢驗、碎石術、復健費、健康檢查、呼吸治療、牙科治療處置、各項證明書、其他診療處置（醫師操作、判讀、治療與精神科治療）等績效量度。量表施測結果係由非常不滿意到表現卓越，若面臨不適用於本科別工作範圍的績效量度，醫師則並不需評估（實務工作中，醫師也不會去填該績效指標）。

由於醫師的工作績效缺乏公開可取得的次級資料，加上醫院礙於個資法不便直接提供年度個人績效考核表作為學術研究。實際上，國內、外研究均面臨醫師個人工作績效資料取得上的困境，因此本文自建多元構面績效量表並由醫師自評之。多元構面績效量表之應用始於 Govindarajan & Gupta (1985)，該研究由責任中心主管自評之。後續研究中，Abernethy & Stoelwinder (1991) 則是針對醫療組織設計多元構面績效量表。國內研究方面，相關研究評估組織績效 (李佳玲等，2012; 鄭國枝等，2013) 或部門績效 (祝道松等，2003; 邱炳乾，2006; 倪豐裕等，2006) 時亦採用自評式的績效量表，因此本文採行此種多元構面績效量表作為量測工具，進而透過統計檢定方式來探討前述變數間之關連性。

### （六）控制變數

本研究針對控制變項（年資、區域別、性別、年齡、教育程度、科別）進行自變項、依變項之雙變項分析檢定，透過變異數分析 (Analysis of Variance, ANOVA) 來探討個別研究變數是否在不同的控制變項中呈現顯著之差異性。整體而言，除了「醫師工作績效-臨床服務」的表現在「年資」、「年齡」、「科別」上有重大顯著之差異性 ( $P < 0.01$ )、以及「醫師工作績效-公共服務」的表



現在「科別」上有重大顯著之差異性 ( $P < 0.01$ ) 外，其餘研究變數在不同控制變項並未出現重大顯著的差異性。本研究推論產生差異之原因在於不同年資與年紀的醫師，醫院給予的工作任務屬性原本就有差異，此現象係屬合理與正常 (祝道松等，2018)。故在「臨床工作績效」上會因年資與年齡差異性產生不一致的績效，例如越年輕與資料較淺的醫師，部科主管通常會分派較繁重的工作任務屬性 (如病房駐診、輪值急診室、住院檢查或會診)，但年紀大或是資歷較深的醫師可能因承擔其他行政工作而不需要輪值或從事前述較為繁重的臨床工作。此外，推論工作績效 (公共服務，臨床服務績效) 因科別的不同而存在顯著重大差異之原因在於，「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」係由所屬政府部門直接制定其績效辦法，當中雖規範許多績效量度，但這些績效量度是否設計允當，包括績效量度之數量、與組織目標或工作任務間之連結性及妥適性等，甚至不同科別卻使用同一套績效評核原則，已經產生重大的績效評估差異。因此，發生工作績效差異之原因即是本研究欲探討的主題之一。次段將透過實證檢定來說明現行績效評估制度究竟會激勵醫師工作績效、或是反而負面影響醫師正常工作之執行。

#### 四、共同方法變異測試

爲了避免研究上存在共同方法變異 (Common Method Variance, CMV) 下的同源偏誤 (Same-Source Bias)，導致研究結論不具可靠性，因此本研究依據相關學者之主張 (Podsakoff et al., 2003)，透過問卷編排上的設計 (包括反向題設計、隱匿受訪資訊、隱匿題項意義) 來提昇研究結果的可靠性，故符合透過問卷編排上的設計來降低 CMV。

#### 五、實證模型之配適度分析及拔靴法之理論介紹

本研究使用 AMOS 統計軟體執行結構方程式模式 (Structural Equation Model, SEM) 分析，其目的係爲了瞭解整體模式之因果關係與研究模型之配適度，爾後驗證研究假說。在研究模型配適度分析方面，依據 Hair et al. (2010) 之建議，良好的模式配適度需參考「基本配適度指標 (Preliminary Fit Criteria)」、「模式內在結構配適度分析 (Fit of Internal Structure of Model)」、「整體模式配適度分析 (Overall Model Fit)」。有關「中介效果」檢定方面，本文採行拔靴法 (Bootstrapping) 來進行中介效果分析，該法是利用有限的研究樣本資料，藉由多次重複抽樣程序，俾建立起代表母體分配之樣本。其優

點在於從具估計值特性的樣本資料中來剖析可能的母體特性，因此無需對樣本分佈特性做嚴格的區分即能進行分析與描繪 (Preacher & Hayes, 2008)。由於傳統逐步因果分析法 (Causal Steps Approach) 的中介效果檢定程序可能難以避免統計上之型 I 誤差，但拔靴法是透過中介效果本身的估計值進行推論，不僅無需假設中介效果抽樣分配的形態，亦無需探討各路徑標準差及其最佳估計值，因此無論自變數與應變數之間路徑的複雜程度皆可適用 (Preacher & Hayes, 2008)。本文採用拔靴法重複估計 1000 次，於 95%的信賴水準下檢定中介效果，首先透過各方程式所呈現之 Z 值是否顯著來判斷中介效果之存在性 (Preacher & Hayes, 2008)，次節將詳述中介模式之檢定結果。

## 肆、實證結果分析

### 一、敘述性統計分析

表 3 與表 4 分別呈現研究變數的敘述性統計與 Pearson 相關係數矩陣。其中以醫師公共服務工作績效之平均值為最高，例行性任務屬性則是最低。此外，Pearson 相關係數表顯示非例行性任務屬性、臨床服務工作績效量度之不適切性間呈現顯著之正相關；績效量度之不適切性則與工作績效間呈現顯著之負相關，此結果與前述假說推論方向一致。

表 3：研究變數的敘述統計量

變數名稱	平均數	標準差
非例行性任務屬性	4.98	0.86
例行性任務屬性	4.24	0.72
「臨床服務工作」績效量度之不適切性	5.12	0.83
「公共服務工作」績效量度之不適切性	4.23	0.61
「臨床服務工作」績效量度之激勵性	4.12	1.06
「公共服務工作」績效量度之激勵性	4.88	0.58
醫師工作績效-臨床服務績效	5.22	1.98
醫師工作績效-公共服務績效	5.43	1.51

資料來源：本研究整理

## 二、整體研究模型之配適度分析結果

首先在「基本配適度指標」方面，由表 2 驗證性因素分析結果顯示，因素負荷量各變數均落在 0.46 至 0.93 的區間中，且達到顯著性水準，衡量指標沒有出現負的衡量誤差值，整體而言屬於合理。其次，在「模式內在結構配適度」分析方面，由表 2 之 CFA 結果顯示研究變數均符合衡量要件，因此內在結構配適度屬可接受。最後，在整體模式配適度分析方面，表 5 與表 6 分述本研究兩種任務屬性下研究模型之「整體模式適配度」。表 5 呈現非例行性任務屬性、臨床工作績效量度之配適度與醫師臨床服務績效模型下之整體模式配適度指標，除了 NFI 略低於良好判斷值 0.9、RMSEA 與 RMSR 略高於合理判斷值 0.08 外，其他衡量指標均在可接受之合理範圍內。表 6 呈現例行性任務屬性、公共服務工作績效量度之配適度與醫師公共服務績效模型下之整體模式配適度指標，整體而言，衡量指標尚在可接受之合理範圍內。

表 4：Pearson 相關係數矩陣

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
(A)	1.00							
(B)	-0.34	1.000						
(C)	0.51***	-0.12	1.00					
(D)	-0.15	-0.20	0.43***	1.00				
(E)	0.03	-0.06**	-0.07	-0.22***	1.00			
(F)	-0.40**	0.43***	-0.38**	-0.39***	0.77***	1.00		
(G)	-0.14***	-0.15***	-0.04*	-0.14**	-0.03*	-0.09	1.00	
(H)	0.19***	0.34***	-0.18	-0.51***	0.21***	0.38***	-0.01	1.00

(A): 非例行性任務屬性；(B): 例行性任務屬性；(C): 「臨床服務工作」績效量度之不適切性；(D): 「公共服務工作」績效量度之不適切性；(E): 「臨床服務工作」績效量度之激勵性；(F): 「公共服務工作」績效量度之激勵性；(G): 臨床服務績效；(H): 公共服務績效。

資料來源：本研究整理

表 5：整體模式配適度指標分析-非例行性任務屬性、臨床工作績效量度之配適度與臨床服務績效之模型

量度	配適指標	判斷準則 <sup>1</sup>	實際數值
絕對配適度指標	卡方值/自由度	<3 良好	2.01
	GFI	>0.9 良好; >0.8 合理 <sup>2</sup>	0.86
	AGFI	>0.9 良好; >0.8 合理 <sup>2</sup>	0.80
	RMSEA	<0.05 良好; <0.08 合理 <sup>3</sup>	0.09
	RMSR	<0.05 良好; <0.08 合理 <sup>3</sup>	0.10
增額配適度指標	NFI	>0.9 良好	0.86
	CFI	>0.9 良好	0.90
簡約配適度指標	PNFI	>0.50 良好	0.55
	PGFI	>0.50 良好	0.53

註：1. 配適指標之判斷準則是參考 Hair et al. (2010) 之主張。

2. 依據 Jöreskog & Sörbom (1993) 與 Scott (1995) 之主張。

3. 依據 McDonald & Ho (2002) 之主張。

4. \*P<0.05、\*\*P<0.01、\*\*\*P<0.001。

資料來源：本研究整理

表 6：整體模式配適度指標分析-例行性任務屬性、公共服務工作績效量度之配適度與公共服務績效之模型

量度	配適指標	判斷準則	實際數值
絕對配適度指標	卡方值/自由度	<3 良好	0.96
	GFI	>0.9 良好	0.99
	AGFI	>0.9 良好	0.92
	RMSEA	<0.05 良好; <0.08 合理	0.06
	RMSR	<0.05 良好	0.05
增額配適度指標	NFI	>0.9 良好	0.99
	CFI	>0.9 良好	0.99
簡約配適度指標	PNFI	>0.50 良好	0.73
	PGFI	>0.50 良好	0.69

\*P<0.05、\*\*P<0.01、\*\*\*P<0.001。

資料來源：本研究整理

### 三、假說檢定結果

#### (一) 非例行性任務屬性、臨床工作績效量度之配適度（激勵性、不適切性）與醫師工作績效（臨床服務績效）之關聯性

表7 說明變數間之路徑關連性及其所對應之假說，而研究模型之路徑分析結果如圖2所示。「非例行性任務」屬性對臨床工作「績效量度之不適切性」呈現正向顯著的影響關係（路徑係數 = 0.48\*\*\*），代表當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會越認知現行設計之績效量度不具適切性，假說H1a獲得支持；其次，實證結果亦發現「非例行性」任務屬性對臨床工作「績效量度之激勵性」效果並無顯著之影響（路徑係數 = 0.21），代表「非例行性」任務屬性的程度越高，現行臨床工作績效量度之設計並無法達到激勵醫師之效果，假說H2a並未獲得支持。當醫師認知現行設計之績效量度不具適切性，則會負向顯著影響其工作績效（路徑係數 = -0.19\*），假說H3a獲得支持；然而，醫師認知臨床工作績效量度之激勵性與其工作績效間呈現負向影響（路徑係數 = -0.11），假說H4a並未獲得支持，推論其不顯著之原因有可能是因為現行臨床工作績效量度之設計並無法滿足醫師的激勵效果，導致與臨床服務績效間呈現負向關係。

本文採用拔靴法檢定中介效果，分析結果顯示「非例行性」任務屬性對醫師「臨床服務績效」間的關係，存在中介變數「績效量度之不適切性」之間接影響（Z值=4.53\*\*\*），其路徑係數值為0.24\*\*\*，假說H5a獲得支持。代表當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會因認知現行設計之績效量度不具適切性，進而間接對其臨床服務績效產生負向的影響。此外，由於假說H2a並未獲得支持，因此無須探討激勵性變數之中介影響效果，假說H6a 亦未獲得支持。

表 7：結構方程式模式分析結果-  
非例行性任務屬性、臨床工作績效量度配適度與臨床服務績效之路徑分析

變數關係	路徑係數	對應假說	檢定結果
非例行性任務屬性→臨床工作績效量度之不適切性	0.48***	H1a	成立
非例行性任務屬性→臨床工作績效量度之激勵性	0.21	H2a	不成立
臨床工作績效量度之不適切性→臨床服務績效	-0.19*	H3a	成立
臨床工作績效量度之激勵性→臨床服務績效	-0.11	H4a	不成立
非例行性任務屬性→臨床工作績效量度之不適切性→臨床服務績效 (中介效果)	0.24***	H5a	成立
非例行性任務屬性→臨床工作績效量度之激勵性→臨床服務績效 (中介效果)	NA	H6a	不成立

1. \* $P < 0.05$ 、\*\* $P < 0.01$ 、\*\*\* $P < 0.001$ ；顯著性為雙尾檢定。

2. 路徑係數值為標準化後之數值。

3. NA：假說 H2a 不成立，不需檢定 H6a 之中介影響效果。

資料來源：本研究整理

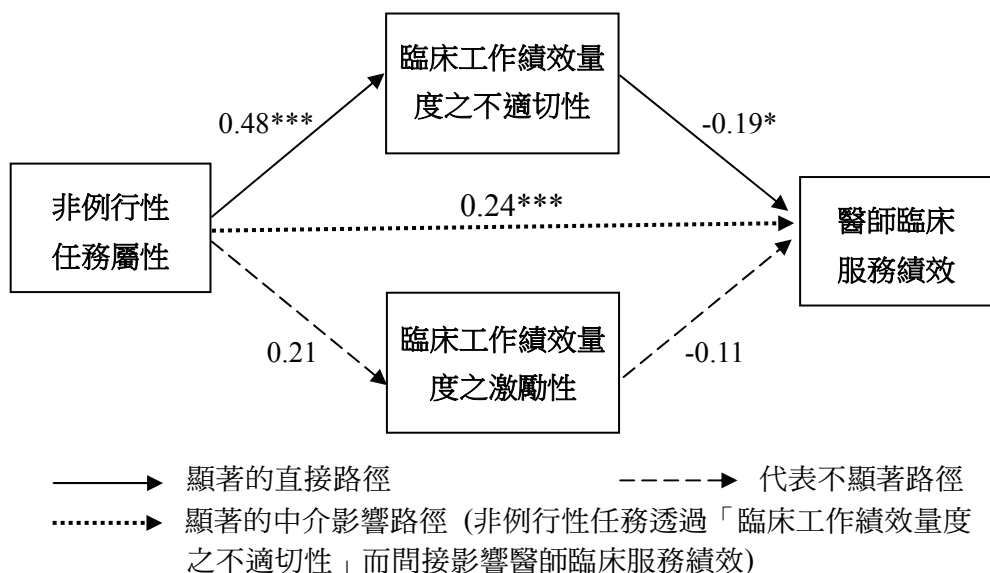


圖 2：結構方程式模式 (SEM) 分析結果-非例行性任務屬性

資料來源：本研究整理

## (二) 例行性任務屬性、公共服務工作績效量度之配適度 (激勵性、不適切性)與醫師工作績效 (公共服務績效) 之關聯性

表8說明變數間之路徑關連性及其所對應之假說，研究模型之路徑分析結果如圖3所示。「例行性」任務屬性對公共服務工作「績效量度之不適切性」呈現不顯著的負向影響關係 (路徑係數 = -0.10)，代表當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，並不會影響對現行設計之績效量度不適切性之認知，假說H1b並未獲得支持；其次，實證結果亦發現「例行性」任務屬性正向顯著地影響公共服務工作績效量度之激勵效果 (路徑係數 = 0.53\*\*\*)，代表當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具激勵性，假說H2b獲得支持。從假說H2b之研究發現亦可推論假說H1b不顯著之原因，本文認為醫師面對現行績效量度之設計，普遍認為「例行性」任務屬性與公共服務工作績效量度間的配適程度佳，因此能讓醫師感受激勵之效，而非負面影響其工作。當醫師認知現行設計之績效量度不具適切性，則會負向顯著影響其公共服務績效(路徑係數 = -0.65\*\*\*)，假說H3b獲得支持；相對地，公共服務工作「績效量度之激勵性」與公共服務績效間呈現正向顯著影響 (路徑係數 = 0.74\*\*\*)，假說H4b亦獲得支持。從假說H3b與H4b均可說明，現行公共服務工作績效量度在設計面的配適度，確實讓醫師感受到能衡量出真正的工作績效。

表 8：結構方程式模式分析結果—

例行性任務屬性、公共服務工作績效量度之配適度與公共服務績效之路徑分析

變數關係	路徑係數	對應假說	檢定結果
例行性任務屬性→公共服務工作績效量度之不適切性	-0.10	H1b	不成立
例行性任務屬性→公共服務工作績效量度之激勵性	0.53***	H2b	成立
公共服務工作績效量度之不適切性→公共服務績效	-0.65***	H3b	成立
公共服務工作績效量度之激勵性→公共服務績效	0.74***	H4b	成立
例行性任務屬性→公共服務工作績效量度之不適切性→公共服務服務績效 (中介效果)	NA	H5b	不成立
例行性任務屬性→公共服務工作績效量度之激勵性→公共服務服務績效 (中介效果)	0.35***	H6b	成立

1. \*P<0.05、\*\*P<0.01、\*\*\*P<0.001；顯著性為雙尾檢定。

2. 路徑係數值為標準化後之數值。

NA：假說 H1b 不成立，不需檢定 H5b 之中介影響效果。

資料來源：本研究整理

有關「中介效果」檢定方面，分析結果顯示「例行性」任務屬性對醫師「公共服務績效」間的關係，存在公共服務工作「績效量度之激勵性」( $Z$  值= $5.82^{***}$ ) 中介變數之間接影響，其路徑係數值為  $0.35^{***}$ 。假說 H6b 獲得支持。代表對部立醫院而言，當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具激勵性，進而間接對其公共服務績效產生正向的影響。

另一方面，由於假說 H1b 並未獲得支持（「例行性」任務屬性與公共服務工作績效量度之不適切性並無顯著關聯性），因此無須探討「績效量度之不適切性」變數的中介影響效果，假說 H6b 未獲得支持。綜上所述，本文將研究變數間的直接、間接與總效果分析彙總成表 9。其中「非例行性任務屬性」對於醫師「臨床服務績效」之影響效果中，雖然有 68%是來自於直接效果的解釋能力，但仍不可忽略的是亦有 26%是透過「臨床工作績效量度不適切性」之中介影響所解釋，顯示非例行性任務屬性對於醫師臨床服務績效之負向影響程度中，「臨床工作績效量度之不適切性」是重要的中介變項；另一方面，「例行性任務屬性」對於醫師「公共服務績效」之效果影響，49%是透過「公共服務工作績效量度之激勵性」中介影響所致，故例行性任務屬性對於醫師公共服務績效之正向影響程度中，「公共服務工作績效量度之激勵性」是重要影響的中介變項。

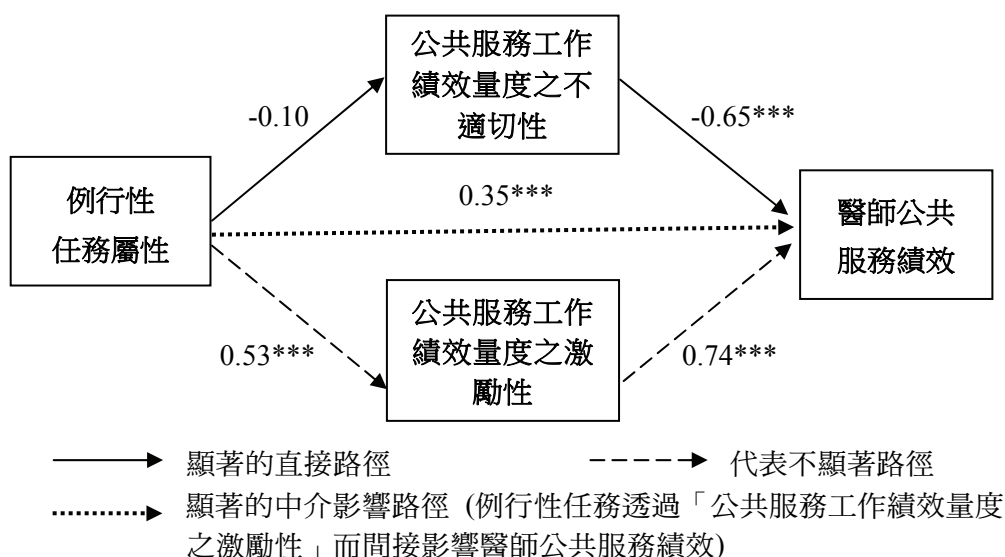


圖 3：結構方程式模式 (SEM) 分析結果- 例行性任務屬性

資料來源：本研究整理



表 9：研究變數間的直接、間接與總效果分析

自變數	對工作績效之影響程度				對工作績效之解釋力		
	總效果	直接效果	間接效果- 績效量度 不適切性	間接效果- 績效量度 之激勵性	直接效果	間接效果- 績效量度 不適切性	間接效果- 績效量度 之激勵性
非例行性任務屬性	0.35	0.24	-0.09	-0.02	68%	<b>26%</b>	6%
例行性任務屬性	0.81	0.35	0.07	0.39	43%	8%	<b>49%</b>

資料來源：本研究整理

## 伍、結論

本研究目的係透過必要任務屬性理論來探討醫師的任務屬性（例行性、非例行性）、績效量度配適性（激勵性、不適切性）對工作績效（臨床服務與公共服務績效）之影響。將中介變數（績效量度配適性）分類為「激勵性」與「不適切性」，進而探討醫師任務屬性與工作績效間的影響效果，是本研究針對醫療組織PMS設計內涵所提出之創新分類，為本研究的理論貢獻之一。實證結果發現，當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會因認知現行設計之績效量度不具適切性，進而間接對其臨床服務績效產生負向的影響。換言之，「臨床工作績效量度之不適切性」係非例行性任務屬性與工作績效間的重要中介變數。當醫師從事高度的變化性的「臨床工作」時，現行所設計的臨床工作績效量度並無法衡量出真正工作績效的良窳，反而因為量度設計之不佳（沒有權重設計、績效量度過多、沒有分科客製化設計），導致負向影響臨床服務績效。此發現為以往研究所未曾探討之處，係本文之理論貢獻之一。其次，當醫師從事「例行性」程度越高的公共服務工作時，會認知現行設計之績效量度具激勵性，進而間接對其公共服務績效產生正向的影響。換言之，「公共服務績效量度之激勵性」扮演著例行性任務屬性與工作績效間的重要中介變數。一旦醫師執行變化程度低且例行性程度高的任務時，例如諮詢、行政、教學或研究等，因現行公共服務績效量度設計明確、並非

難以達成、亦無過多醫療責任，故對醫師產生激勵之效，最終能正向影響其工作績效。此發現亦為醫務管理上所重視的PMS設計議題，為本文之研究貢獻之一。第三，非例行性任務屬性並無法正向顯著影響醫師對臨床工作績效量度的激勵性，此發現雖與研究假說不一致，但顯示現行臨床工作績效量度之設計有檢討與修正之必要，本文將於次段詳述其管理意涵。第四，實證結果亦顯示無論是何類型的工作屬性，醫師均認知績效量度在設計面之配適性會影響其工作績效。其中不適切性的績效量度會負向影響其工作績效，此發現是本文針對現行醫療組織PMS設計面的重要洞察；此外，激勵性越高的績效量度則會正向影響其工作績效，此發現與營利事業的實證結果一致 (Budde, 2007; Dekker et al., 2012; Kelly et al., 2015)。最後，本研究針對現行部立醫院之醫師工作屬性、PMS內涵與工作績效間作分析，進而提出一PMS設計的研究模型，俾可做為未來醫務管理上之參考架構。

針對前述實證結果，本研究針對「衛生福利部」提出相關實務管理意涵。由於研究結果發現，當醫師從事「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，會因認知現行設計之績效量度不具適切性，進而間接對其臨床服務績效產生負向的影響；相對地，醫師執行「非例行性」程度越高的臨床服務工作時，亦認知臨床績效量度之設計並無任何「激勵效果」，此發現代表醫師對於現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」在「臨床服務」績效量度之設計上相當不妥。檢視本研究在「績效量度不適切性」構念之衡量問項上，發現最令醫師視為負向影響工作執行的主因之一是：「現行『衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則』下的『臨床服務工作』之績效指標在設計上過於籠統，並沒有按照科別的工作屬性去規劃」；其次是「『臨床服務工作』之績效指標要求很多，有時反而妨礙本份工作之執行」。由於部立醫院是屬於各縣市均有的公立醫院，因此醫師扮演著全民、甚至是中下階層民眾的生命健康守門員。相關醫療實務文獻甚至論述到部分部立醫院的醫師有為了追求更多的財務與非財務福利，可能至大型的私立醫院任職或是自行開立診所 (方瑞雯，2012；劉育志，2012；張志華等，2014)，因此長期以來部立醫院人力資源不足一直是存在的嚴重問題，最終已經導致許多部立醫院急診室關閉部分科別 (如婦產科、小兒科、甚至內科) 之現象。針對此發現，本文首先向「衛生福利部」提出相關建議，由於 PMS 之設計目的在於傳達組織策略目標給組織成員 (Ho et al., 2014)，若從管理會計之觀點來看，PMS 與誘因獎酬制度之結合，更能提昇成員之工作績效與整體組織目標 (Ittner et al., 1997; Arnold &

Artz, 2015)。本研究認為部立醫院在整體臨床工作的 PMS 有大修之必要，因此引述相關文獻提出以下建議：(1) **PMS 應與部立醫院的成立宗旨或經營策略整合，目的在轉化醫院無形的策略為具體行動方案** (Kaplan & Norton, 1996; Chenhall, 2005; Burney & Widener, 2007; Arnold & Artz, 2015)。由於現行「績效評核原則」是以「工作類別」為前提來設計績效量度，讓所屬的從業醫師無法澄清與了解醫院營業策略與個人工作內涵之關聯性，此為 PMS 在規劃面首先要改善的基礎工作。其次，(2) **建議 PMS 應針對不同科別來規劃其客製化或專屬的績效構面及其對應之績效量度**。主要目的在於打破現行不分科而採行「臨床服務」與「公共服務」工作績效量度二分法之設計。以「外科醫師」為例，首先規劃出所有醫師均一致且都要努力達成的「共同性任務績效構面」(如社區關係構面<sup>11</sup>、學習成長構面、行政服務構面、甚至可以加入醫療風險構面等)，爾後再針對專屬外科醫師工作內涵所設計的「臨床醫療品質構面」(獨特性任務績效構面)，建立其各科別專屬性的臨床工作績效量度，例如建構外科醫療評鑑之重要指標、或是納入外科特有的大型手術績效量度 (如前述手術住院日超過特定天數之比率、手術後特定日內發生損傷比率等 (蔡繼志, 2010))。

(3) **建議績效構面或績效量度間應具備某種程度之因果關聯性**。此策略地圖之觀點在於引導從業人員達成組織目標，同時強化個人目標與組織目標之一致性 (Cheng & Humphreys, 2012)。(4) **建議績效量度之項目宜適當，避免過多的績效量度反而失去激勵從業人員之效**。依據 Kaplan & Norton (1996, 2006, 2009) 之主張，績效量度盡量不要超出 16 項，此 PMS 之規劃原則值得衛生福利部相關部會參考之，俾降低績效量度妨礙正常工作任務之執行。

(5) **建議加入績效權重的設計觀點**，主要目的在於避免從業人員陷入追求易達成的績效量度 (Lillis, 2002; Abernethy et al., 2013) 與產生激勵醫師之作用。畢竟不同績效構面或績效量度之達成確實有其難易程度，若缺乏权重設計考量下的 PMS，則將導致從業人員致力於較易達成的績效量度，放棄追求其他重要卻是較難達成的績效要求；此外，权重設計之觀點更賦予較難達成的工作任務有較重的加權佔比，特別是前述「臨床醫療品質構面」之权重值絕對高於其他「共同績效構面」之权重比例 (如社區關係構面、學習成長構面等)，畢竟風險高且變化程度高的臨床工作有較重的績效权重，不僅代表醫師

<sup>11</sup> 衛服部將部立醫院之成立宗旨與策略定位之一，均是將部立醫院建構為一守護社區民眾健康之地區醫院。

達成時有較高的評估基準（點數/單位），同時亦凸顯出醫師臨床工作之重要性，俾產生最終激勵之效果 (Bai et al., 2010)。

另一方面，本研究亦發現醫師執行「例行性」任務，會因為認知現行績效量度之「激勵性」越高，進而間接對「公共服務方面的工作績效」產生正面之影響。由於公共服務面的例行性任務比臨床工作的變化程度低，通常包括較為單純的社區駐診或是健診諮詢、行政服務、或是教學與研究等，因此現行的績效量度設計確實發揮其激勵作用，進而產生正向的公共服務績效。但本研究仍建議衛生福利部相關部會在規劃部立醫院 PMS 時，能秉持前述五點建議原則，而將現行的公共服務績效量度分類或歸屬其相關績效構面。也因為公共服務之工作內涵幾乎是多數醫師都須執行或是輪值的任務，因此不分科別應規劃在「共同績效構面」之下，例如「社區關係構面」應納入現行績效量度中的社區醫療諮詢、義診諮詢、與駐診等指標；「學習與成長構面」則應納入現行設計的「其他表現量度」（教學成果、研究發展、參辦或奉派教育訓練及特殊表現等）。而針對近年來醫療衝突或是醫療訴訟案件層出不窮，本研究建議衛福部甚至可規劃出「醫療風險構面」來保障醫師從業權益與提升醫病關係。

本文仍有以下研究限制與不足之處，首先在研究標的方面，本文僅針對現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」作探討，實證結果並無法推論與適用到其他非部立醫院的PMS設計原則。建議後續研究可以針對私立財團法人醫院的PMS作分析，俾了解其他體系下PMS的良窳。其次，本文在工作績效之評估上係以醫師自評方式取得資料，由於部立醫院的醫師工作績效缺乏公開可取得的次級資料，加以各醫院人事部門均將工作績效視為機密，因此本文僅能延續國內外管理會計相關研究之方式 (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Abernethy & Vagnoni, 2004; Aidemark & Funck, 2009; 祝道松等, 2003; 邱炳乾, 2006; 倪豐裕等, 2006; 李佳玲等, 2012; 鄭國枝等, 2013)，使用自評量表取得所需資料。建議後續研究若能與個案醫院充分合作，則可深入與客觀分析任務屬性、績效量度配適性與工作績效之關聯性。第三，由於問卷初稿在製作完成後，有邀請5位醫師（含2位具有助理教授證書之醫師）從事問卷量表之討論、分析與前測程序，加上醫療專家因工作繁忙相當難以邀請，因此本研究並未再進行額外之專家效度分析。建議未來研究應針對國外發展之量表從事專家效度之檢測。第四，本研究僅依據相關文獻之論點來探討績效量度配適性之中介影響效果。建議後續研究可檢定績效量度配適性對任務屬性與工作績效間的之

「干擾 (Moderating Effect)」效應，俾提升整體研究架構之解釋能力。最後，本研究目的之一在於探討「任務屬性」與「績效量度配適性」間的因果關係，並未深入分析「任務屬性」與「績效量度」兩者間交乘項的「配適性」程度，建議未來研究可以引用任務科技配適模型 (Task-Technology Fit Model) 或認知適合理論 (Cognitive Fit Theory) 來檢視兩變數間的配適差異程度。

## 參考文獻

- 方瑞雯、白映俞、吳佳璇、吳靜芬、李紹榕、林秉鴻、亮亮、張志華、陳珮琪、劉育志、蔡宏斌、蔡秀男、錢建文、Maggie Lin、蘇柏熙，2012，醫療崩壞！沒有醫師救命的時代，初版，台北：貓頭鷹。(Fang, J. W., Pai, Y. Y., Wu, C. H., Wu, C. F., Li, S. J., Lin, P. H., Liang, L., Chang, C. H., Chen, P. C., Liu, Y. C., Tsai, H. P., Tsai, H. N., Chien, C. W., Lin, M., and Su, P. H., 2012, **The Medical Treatment Collapses Bad! There is no Doctor Helping of Ages**, 1<sup>st</sup>, Taipei, TW: Mao Tou Ying.)
- 李佳玲、史雅男、邱筠淇，2012，「不確定性、協同合作與管理控制系統之關聯性」，會計評論，55期：77~117。(Wang, W. L., Lee, C. L., Shih, Y. N., and Chiu, Y. C., 2012, "The Relationship between Uncertainty, Collaboration and Management Control System," **International Journal of Accounting Studies**, Vol. 55, 77-117.)
- 邱炳乾，2006，「預算目標達成對風險投資的影響：展望理論與過去績效歸因的探討」，管理與系統，13卷1期：77~97頁。(Chiou, B. C., 2006, "The Impacts of Budgetary Goal Attainment on Risky Investment: Prospect Theory and Previous Performance Attribution," **Journal of Management & Systems**, Vol. 13, No. 1, 77-97.)
- 祝道松、林淑美、倪豐裕，2003，「預算目標困難、對預算參與、預算目標接受、與管理績效間關係影響之探討：以台灣地區製造業為例」，管理學報，20卷5期：1023~1043。(Zhu, D. S., Lin, S. M., and Ni, F. Y., 2003, "A Study of the Effect of Budgetary Goal Difficulty on the Relationships among Budgetary Participation, Budgetary Goal Acceptance, and Managerial Performance: Manufacturing Industry in Taiwan as Example," **Journal of Management**, Vol. 20, No. 5, 1023-1043.)
- 祝道松、彭雅惠、董鈺琪、龔建吉、陳秀珠、陶阿倫，2018，醫療機構成本與管理會計，二版，台北：華杏出版社。(Zhu, D. S., Peng, Y. H., Tung, Y. C., Kung, C. C., Chen, H. C., and Talbot, A. R., 2018, **Healthcare Organization Cost and**

- Management Accounting**, 2<sup>nd</sup>, Taipei, TW: Farseeing Publishing Group.)
- 倪豐裕、莊曜愷、邱炳乾，2006，「知覺任務不確定性、組織承諾、管理會計資訊系統三者對管理績效交互作用之影響」，管理與系統，13卷1期：1~14。(Ni, F. Y., Chuang, Y. K., and Chiou, B. C., 2006, "Perceived Task Uncertainty, Organizational Commitment, Managerial Accounting Systems and Their Three-Way Interaction Effects on Managerial Performance," **Journal of Management & Systems**, Vol. 13, No. 1, 1-14.)
- 倪豐裕、蘇錦俊、鍾紹熙、鄭國枝，2009，「預算參與對管理者效能之影響：自我效能與態度的中介角色」，臺大管理論叢，19卷2期：321~348。(Ni, F. Y., Su, C. C., Chung, S. H., and Cheng, K. C., 2009, "Budgetary Participation's Effect on Managerial Outcomes: Mediating Roles of Self-efficacy and Attitudes toward Budgetary Decision Makers," **NTU Management Review**, Vol. 19, No. 2, 321-348.)
- 陳燕錫、陳瓊燕，2014，「會計師事務所與管理顧問公司聯盟之經營績效探討」，會計評論，59期：73~105。(Chen, Y. S. and Chen, C. Y., 2014, "Audit Firms' Alliance with Consulting Firms for Management Advisory Services and Operational Performance," **International Journal of Accounting Studies**, Vol. 59, 73-105.)
- 張石柱、盧文民、吳濬豪，2010，「智慧資本與專案績效關聯性之探討：經濟部科技專案之實證研究」，當代會計，11卷2期：179~214。(Chang, S. J., Lu, W. M., and Wu, C. H., 2010, "The Study of the Relationship between Intellectual Capital and Project Performance: The Empirical Study of Technology Project of Ministry of Economic Affairs," **Journal of Contemporary Accounting**, Vol. 11, No. 2, 179-214.)
- 張志華、方瑞雯、吳靜芬、李紹榕、林秉鴻、亮亮、洪浩雲、柯紹華、施景中、陳欣湄、陳豐偉、葉勝雄、楊佳陵、銅鈹、劉育志、劉宗瑀、蔡宏斌、蔡秀男、錢建文、蘇柏熙，臺灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟（醫勞盟），2014，臨床隨行，走出白色巨塔陰影，初版，臺北：三采出版社。(Chang, C. H., Fang, J. W., Wu, C. F., Li, S. J., Lin, P. H., Liang, L., Hung, H. Y., Ko, S. H., Shih, C. C., Chen, H. M., Chen, F. W., Yeh, S. H., Yang, C. L., Tung, P., Liu, Y. C., Liu, T. Y., Tsai, H. P., Tsai, H. N., Chien, C. W., Su, P. H., and Taiwan Medical Alliance for Labor Justice and Patient Safety (TMAL), 2014, **Clinic Shadowing, Walking through Darkness**, 1<sup>st</sup>, Taipei, TW: Sun Color Group.)
- 楊建昌、廖又生、楊紅玉、廖茂宏、邱淑芬，2011，「台灣醫療機構員工工作態度與組織績效相關性之研究」，健康管理學刊，9卷1期：29~42。(Yang, C. C., Liao, Y. S., Tang, H. Y., Liao, M. H., and Chiu, S. F., 2011, "A Study of the Correlation between Staffs' Job Attitudes and Organizational Performance of Taiwan Medical Institutions," **Journal of Health Management**, Vol. 9, No. 1, 29-42.)

- 蔡繼志，2010，「簡介美國醫院醫療品質比較之現況」，臺灣醫界，53卷12期：42~44。(Tsai, J. J., 2010, "An Introduction to Compare with Medical Quality in American Hospitals," **Taiwan Medical Journal**, Vol. 53, No. 12, 42-44.)
- 劉育志，2012，醫療崩壞-烏托邦的實現與幻滅，初版，台北：華成出版社。(Liu, Y. C., 2012, **Medical Collapsing: The Rise and Disillusionment of Utopia**, 1<sup>st</sup>, Taipei, TW: Far Reaching Publishing Co. Ltd.)
- 鄭國枝、楊美玲、蘇錦俊、丁念茹，2013，「預算控制與管理會計系統是否能提昇產品創新績效」，中山管理評論，21卷3期：545~577。(Cheng, K. C., Yang, M. L., Su, C. C., and Ting, N. J., 2013, "How Can Budget Control and Management Accounting System Improve Product Innovation Performance," **Sun Yat-sen Management Review**, Vol. 21, No. 3, 545-577.)
- 衛生福利部網站，2016，「衛生福利部所屬醫療機構管理法規彙編：衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」，<http://www.hso.mohw.gov.tw/rules/21.doc>。(Ministry of Health and Welfare, 2016, "Law and Regulations of Ministry of Health and Welfare: Performance Measurement Principle for for the Hospitals of Ministry of Health and Welfare," <http://www.hso.mohw.gov.tw/rules/21.doc>, accessed on March 31, 2016)
- Abernethy, M. A., Bouwens, J., and Lent, L., 2013, "The Role of Performance Measures in the Intertemporal Decisions of Business Unit Managers," **Contemporary Accounting Research**, Vol. 30, No. 3, 925-961.
- Abernethy, M. A. and Stoelwinder, J. U., 1991, "Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: A Test of the Fit Hypothesis in Not-for-profit Hospitals," **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 16, No. 2, 105-120.
- Abernethy, M. A. and Stoelwinder, J. U., 1995, "The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations," **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 20, No. 1, 1-17.
- Abernethy, M. A. and Vagnoni, E., 2004, "Power, Organization Design and Managerial Behavior," **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 29, No. 3/4, 207-225.
- Aidemark, L. G. and Funck, E. K., 2009, "Measurement and Health Care Management," **Financial Accountability & Management**, Vol. 25, No. 5, 253-327.
- Armstrong, J. S. and Overton, T. S., 1977, "Estimating Non-response Bias in Mail Survey," **Journal of Marketing Research**, Vol. 14, No. 3, 396-402.
- Arnold, M. C. and Artz, M., 2015, "Target Difficulty, Target Flexibility, and Firm Performance: Evidence from Business Units' Targets," **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 40, No. 1, 61-77.
- Artz, M., Homburg, C., and Rajab, T., 2012, "Performance-Measurement System Design

- and Functional Strategic Decision influence: The Role of Performance-measure Properties,” **Accounting, Organizations & Society**, Vol. 37, No. 7, 445-460.
- Bai, G., Coronado, F., and Krishnan, R., 2010, “The Role of Performance Measure Noise in Mediating the Relation between Task Complexity and Outsourcing,” **Journal of Management Accounting Research**, Vol. 22, No. 1, 75-102.
- Bagozzi, R. P. and Yi, Y., 1988, “On the Evaluation of Structural Equation Models,” **Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol. 16, No. 1, 74-94.
- Bouillon, M. L., Ferrier, G. D., Stuebs, M. T., and West, T. D., 2006, “The Economic Benefit of Goal Congruence and Implications for Management Control Systems,” **Journal of Accounting & Public Policy**, Vol. 25, No. 3, 265-298.
- Budde, J., 2007, “Performance Measure Congruity and the Balanced Scorecard,” **Journal of Accounting Research**, Vol. 45, No. 3, 515-539.
- Burney, L. L. and Widener, S. K., 2007, “Strategic Performance Measurement Systems, Job-relevant Information, and Managerial Behavioral Responses- role Stress and Performance,” **Behavioral Research in Accounting**, Vol. 19, 43-69.
- Burney, L. L., Henle, C. A., and Widener, S. K., 2009, “A Path Model Examining the Relations among Strategic Performance Measurement System Characteristics, Organizational Justice, and Extra- and In-role Performance,” **Accounting, Organizations & Society**, Vol. 34, No. 3/4, 305-321.
- Campbell, D., 2008, “Nonfinancial Performance Measures and Promotion-based Incentives,” **Journal of Accounting Research**, Vol. 46, No. 2, 297-332.
- Cheng, M. M. and Humphreys, K. A., 2012, “The Differential Improvement Effects of the Strategy Map and Scorecard Perspectives on Managers’ Strategic Judgments,” **The Accounting Review**, Vol. 87, No. 3, 899-924.
- Chenhall, R. H., 2005, “Integrative Strategic Performance Measurement Systems, Strategic Alignment of Manufacturing, Learning and Strategic Outcomes: An Exploratory Study,” **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 30, No. 5, 395-422.
- Choe, J. M., 1998, “The Effects of User Participation on the Design of Accounting Information Systems,” **Information & Management**, Vol. 34, No. 3, 185-198.
- Choudhury, N., 1986, “Responsibility Accounting and Controllability,” **Accounting and Business Research**, Vol. 16, No. 3, 189-198.
- Cianci, A. M., Kaplan, S. E., and Samues, J. A., 2013, “The Moderating Effects of the Incentive System and Performance Measure on Managers’ and Their Superiors’ Expectations about the Manager’s Effort,” **Behavioral Research in Accounting**, Vol. 25, No. 1, 115-134.



- Cohen, J. F. and Toleman, M., 2006, "The IS – Business Relationship and its Implications for Performance: An Empirical Study of South African and Australian Organizations," **International Journal of Information Management**, Vol. 26, No. 6, 457-468.
- Dailey, R. C., 1979, "Locus of Control Task Attributes and Job Performance," **Perceptual and Motor Skills**, Vol. 49, No. 2, 489-490.
- Daft, R. L., 2001, **Organization Theory and Design**, 7<sup>st</sup>, Cincinnati: South-Western.
- Dekker, H. C., Groot, T., and Schoute, M., 2012, "Determining Performance Targets," **Behavioral Research in Accounting**, Vol. 24, No. 2, 21-46.
- Dess, G. G. and Beard. D. W., 1984, "Dimensions of Organizational Task Environments," **Administrative Science Quarterly**, Vol. 29, No. 1, 52-73.
- Feltham, G. A. and Xie, J., 1994, "Performance Measure Congruity and Diversity in Multi-task Principal/Agent Relations," **The Accounting Review**, Vol. 69, No. 3, 429-453.
- Gates, S. and Germain, C., 2010, "Integrating Sustainability Measures into Strategic Performance Measurement Systems: An Empirical Study," **Management Accounting Quarterly**, Vol. 11, No. 3, 1-7.
- Gopalakrishnan, M., Libby, T., Samuels, J. A., and Swenson, D., 2015, "The Effect of Cost Goal Specificity and New Product Development Process on Cost Reduction Performance," **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 42, No. 1, 1-11.
- Govindarajan, V. and Gupta, A. K., 1985, "Linking Control Systems to Business Unit Strategy: Impact on Performance," **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 10, No. 1, 51-66.
- Grafton, J., Lillis, A. M., and Widener, S. K., 2010, "The Role of Performance Measurement and Evaluation in Building Organizational Capabilities and Performance," **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 35, No. 7, 689-706.
- Hackman, J. R. and Lawler, E. E., 1971, "Employee Reaction to Job Characteristics," **Journal of Applied Psychology**, Vol. 55, No. 3, 259-286.
- Hackman, J. R. and Oldham, G. R., 1975, "Development of the Job Diagnostic Survey," **Journal of Applied Psychology**, Vol. 60, No. 2, 159-170.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., and Tatham, R. L., 2010, **Multivariate Data Analysis**, 7<sup>th</sup>, Upper Saddle River: Prentice Hall International.
- Hall, M., 2008, "The Effect of Comprehensive Performance Measurement Systems on Role Clarity, Psychological Empowerment and Managerial Performance," **Accounting, Organization and Society**, Vol. 33, No. 2/3, 141-163.
- Ho, J. L. Y., Wu, A., and Wu, S. Y. C., 2014, "Performance Measures, Consensus on Strategy Implementation, and Performance: Evidence from the Operational-level of

- Organizations,” **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 39, No. 1, 38-58.
- Hopwood, A. G., 1972, “An Empirical Study of the Role of Accounting Data in Performance Evaluation. Empirical Research in Accounting Studies: Selected Studies,” **Journal of Accounting Research**, Vol. 10, 156-182.
- Ines, R., Mattania, T., Hendrick, C. B., Catharina, E. J., and Huibert, T. D., 2002, “Selection Bias Due to Non-response in A Health Survey among Patients with Rheumatoid Arthritis,” **European Journal of Public Health**, Vol. 12, No. 2, 131-135.
- Itami, H., 1975, “Evaluation Measures and Goal Congruence under Uncertainty,” **Journal of Accounting Research**, Vol. 13, No. 1, 73-96.
- Ittner, C. D. and Larcker, D. F., 1998, “Innovations in Performance Measurement: Trends and Research Implications,” **Journal of Management Accounting Research**, Vol. 10, 205-238.
- Ittner, C. D., Larcker, D. F., and Rajan, M. V., 1997, “The Choice of Performance Measures in Annual Bonus Contracts,” **The Accounting Review**, Vol. 72, No. 2, 231-255.
- Janssen, O., Van De Vliert, E., and Veenstra, C., 1999, “How Task and Person Conflict Shape the Role of Positive Interdependence in Management Teams,” **Journal of Management**, Vol. 25, No. 2, 117-141.
- Jap, S. D. and Anderson, E., 2003, “Safeguarding Interorganizational Performance and Continuity under Ex Post Opportunism,” **Management Science**, Vol. 49, No. 12, 1684-1701.
- Jehn, K. A., 1995, “A Multimethod Examination of the Benefits and Detriments of Intragroup Conflict,” **Administrative Science Quarterly**, Vol. 40, No. 2, 256-283.
- Johnson, H. T. and Kaplan, R. S., 1987, **Relevance Lost**, 1<sup>st</sup>, Boston: Harvard Business School Press.
- Jöreskog, K. G. and Sörbom, D., 1993, **LISREL 8: User’s Reference Guide**, 3<sup>rd</sup>, Mooresville: Scientific Software.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P., 1996, **The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action**, 1<sup>st</sup>, Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P., 2004, **Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes**, 1<sup>st</sup>, Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P., 2006, **Alignment : Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies**, 1<sup>st</sup>, Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P., 2009, **Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage**, 1<sup>st</sup>, Boston: Harvard Business School Press.
- Kelly, K., 2010, “Accuracy of Relative Weights on Multiple Leading Performance Measures:

- Effects on Managerial Performance and Knowledge,” **Contemporary Accounting Research**, Vol. 27, No. 2, 577-608.
- Kelly, K. O., Webb, R. A., and Vance, T., 2015, “The Interactive Effects of Ex Post Goal Adjustment and Goal Difficulty on Performance,” **Journal of Management Accounting Research**, Vol. 27, No. 1, 1-25.
- Lillis, A. M., 2002, “Managing Multiple Dimensions of Manufacturing Performance- An Exploratory Study,” **Accounting, Organization and Society**, Vol. 27, No. 6, 497-529.
- Marginsona, D., McAulayb, L., Roushc, M., and van Zijl. T., 2014, “Examining A Positive Psychological Role for Performance Measures,” **Management Accounting Research**, Vol. 25, No. 1, 63-75.
- McDonald, R. P. and Ho, M. R., 2002, “Principle and Practice in Reporting Structural Equation Analysis,” **Psychological Methods**, Vol. 7, No. 1, 64-82.
- Motowidlo, S. J. and Scotter, J. R. V., 1994, “Evidence that Task Performance Should be Distinguished from Contextual Performance,” **Journal of Applied Psycholog**, Vol. 79, No. 4, 475-480.
- Nancy, M. D., 2000, **Common Knowledge: How Companies Thrive by Sharing What They Know**, 1<sup>st</sup>, Boston: Harvard Business School Press.
- Nunnally, J., 1978, **Psychometric Theory**, 1<sup>st</sup>, New York: Mcgraw-Hill.
- Orpen, C., 1986, “The Relationship between Perceived Task Attributes and Job Satisfaction and Performance among Plateaued and Nonplateaued Managers,” **Human Systems Management**, Vol. 6, No. 1, 15-20.
- Perego, P. and Hartmann, F., 2009, “Aligning Performance Measurement Systems with Strategy: The Case of Environmental Strategy,” **Abacus**, Vol. 45, No. 4, 397-428.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., and Podsakoff, N. P., 2003, “Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies,” **Journal of Applied Psychology**, Vol. 88, No. 5, 879-903.
- Preacher, K. J. and Hayes, A. F., 2008, “Asymptotic and Resampling Strategies for Assessing and Comparing Indirect Effects in Multiple Mediatormodels,” **Behavioral Research Methods**, Vol. 40, No. 3, 879-891.
- Presslee, A., Vance, T. W., and Webb, R. A., 2013, “The Effects of Reward Type on Employee Goal Setting, Goal Commitment, and Performance,” **The Accounting Review**, Vol. 88, No. 5, 1805-1831.
- Scott, J. E., 1995, “The Measurement of Information System Effectiveness: Evaluating A Measuring Instrument,” **ACM SIGMIS Database**, Vol. 26, No. 1, pp. 43-61.
- Shields, M. D., Deng, F. J., and Kato, Y., 2000, “The Design and Effects of Control Systems:

Tests of Direct- and Indirect-effects Models,” **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 31, No. 2, 185-202.

Turner, N. and Lawrence, R., 1965, **Industrial Jobs and the Worker**, 1<sup>st</sup>, Boston: Harvard Graduate School of Business Administration.

Webb, R. A., 2004, “Managers’ Commitment to the Goals Contained in A Strategic Performance Measurement System,” **Contemporary Accounting Research**, Vol. 21, No. 4, 925-958.

Webb, A., Jeffrey, S. A., and Schulz, A., 2010, “Factors Affecting Goal Difficulty and Performance When Employees Select Their Own Performance Goals: Evidence from the Field,” **Journal of Management Accounting Research**, Vol. 22, No. 1, 209-232.

## 附錄一 衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則

- 一、衛生福利部（以下簡稱本部）為鼓勵所屬醫療機構提升行政效率、營運績效、服務精神及醫療水準，促進公共衛生、醫療品質及管理效能，特依公立醫療機構人員獎勵金發給要點第七點第二項訂定本原則。
- 二、**醫師（含中醫師、牙醫師）之績效評核，分公共服務績效、臨床服務績效二項。**  
**醫師公共服務績效指標及評估基準，如附表一；醫師之臨床服務績效指標及評估基準，如附表二。**
- 三、醫師之績效獎勵，由各該年度獎勵金可發金額提撥百分之八十以內計發。  
住院醫師及聘用實習醫師，其績效之評估與獎勵來源，併醫師辦理。  
第一項獎勵金應先提撥部分金額（以百分之二十為上限），作為補助營運困難及特殊任務的醫療科醫師獎勵金之用。
- 四、其他工作人員之績效指標及評估基準，如附表三。
- 五、依獎勵要點第八點規定上限計發醫師績效獎勵後之各該年度可發獎勵金餘額，作為其他工作人員之績效獎勵，但不得超過各該年度可發獎勵金金額百分之三十。
- 六、臨時、額外人員依獎勵要點第三點之規定，由各醫療機構自行斟酌，並視其業務性質，分別併醫師或其他工作人員辦理績效評核與獎勵。
- 七、計發醫師及其他工作人員績效獎勵後之可發獎勵金餘額，得提撥作為減少公務預算補助人事費之準備。
- 八、各醫療機構應及時落實績效評核，醫師部分並應按月就其加權績效評點。但績效明顯不彰者及住院醫師、聘用實習醫師得另予評定。
- 九、各醫療機構應於每季結束後四十五日檢送相關科室主管、醫師績效評核表及副院長、師（一）級醫師績效初評結果至本部，俾憑核定院長、副院長及師（一）級醫師之績效。  
院長績效獎勵金以全院前五名醫師績效獎勵金平均值為初核點數，並由本部依公共政策執行績效複評。
- 十、依公務人員考績法及公務員懲戒法受處分（懲處、懲戒）之人員，各醫療機構應即納入績效評核，酌予扣除各該月份之績效獎勵。

附表一 公共服務績效指標及評估基準

項次	績 效 指 標	單 位	評估基準 (點/單位)	備 註	
1	義診諮詢	每半天	3,000		
2	駐診	非假日每 12 小時	10,000	(1) 得另計臨床服務績效。 (2) 院外備勤者應診乙趟得 採計 500 點。 (3) 未滿 12 小時班者按比例 採計。	
		假日每 12 小時	15,000		
3	病房值班	非假日每晚	5,000	(1) 依本項計點者，不得補 休及另支值班費。 (2) 專任加護病房者，得加 計二成。 (3) 假日非全日班者按比例 採計。	
		假日每天	8,000		
4	醫療管理行政	月	科室主管	50,000	院長、副院長及 師（一）級醫師 由本部核定。
			師（一）級 非主管醫師 擔任跨科室 管理工作		
5	社區醫療諮詢	每半天	3,000		
6	其他（教學成果、研究發展、參辦或奉派教育訓練及特殊表現等）	每月	30,000		

附註：1. 表內所訂基準係屬上限，各醫療機構得在上限範圍內酌作調整。

2. 各醫療機構應依據本部 102 年 11 月 28 日衛署人字第 1022280590 號函發「衛生福利部 OO 醫院績效評估小組設置及作業要點」成立績效評估小組，再由該小組先依市場行情提撥部分獎勵金（以百分之二十為上限），作為補助營運困難及特殊任務的醫療科醫師獎勵金之用。

附表二 臨床服務績效指標及評估基準

項次	績效指標	單位	評估基準（點／單位）	備註
1	門診診察	人次	門診診察費百分之五十計點。	
2	急診診察	人次	急診診察費百分之一百計點。	
3	住院診察	人日	住院診察費百分之一百計點， 超過標準住院天數部分以百分之八十計點。	
4	會診	人次	會診費百分之一百計點。	
5	X光檢查	項次	檢查費百分之十計點。	
6	手術	次	手術費百分之六十計點。	
7	麻醉	次	麻醉費百分之六十計點。	
8	病理檢驗	項次	檢查費百分之六十計點。	
9	碎石術	次	診療費百分之十二計點。	
10	復健費	項次	治療費百分之十二計點。	
11	健康檢查	人次	依收費總額百分之十五計點分配。	各項檢查、診療、處置不另計點。
12	呼吸治療	次或人日	處置費百分之十計點。	
13	牙科治療處置	項次	依收費（不含材料費）百分之五十計點。	
14	各項證明書	件	依收費百分之五十計點。	
15	其他診療處置： (1)侵襲性（醫師操作、判讀、治療） (2)非侵襲性（醫師操作、判讀、治療） (3)非侵襲性（醫師判讀、量少較難） (4)非侵襲性（醫師判讀、量多較易） (5)精神科治療費	項次	依收費百分之三十計算。 依收費百分之二十計算。 依收費百分之十計算。 依收費百分之五計算。 依收費百分之二十計算。	

## 附錄二 研究問卷

下列各小題的敘述，是描述 您對現行「臨床醫療服務」或「公共服務工作」看法的問題，請您依據 您自己之認知（而非您認為應當如何），在下列每一題敘述後面 1~7 的數字中 <u>圈選一個</u> ，以代表您對於該項敘述同意或不同意的程度。	非常不同意	不同意	有點不同意	不確定	有點同意	同意	非常同意
<b>* 臨床醫療工作：</b> 包括門診、急診、住院診察、會診及其他診療處置（含醫師操作、判讀、治療等）。 <b>* 公共服務工作：</b> 包括社區義診、諮詢、醫療行政、及其他訓練、教學或研究表現。							
1.臨床醫療工作的內容存在高度的複雜性(Complex)。	1	2	3	4	5	6	7
2.臨床醫療工作具備高度不確定性 (Uncertainty) 的工作性質。	1	2	3	4	5	6	7
3.執行臨床醫療工作需要具備高度的專業技能（包括專業知識與臨床經驗）。	1	2	3	4	5	6	7
4.臨床醫療工作存在許多未知的醫療風險。	1	2	3	4	5	6	7
5.相較於臨床醫療工作而言，「公共服務工作」的內容較為單純 (Pure)。	1	2	3	4	5	6	7
6.相較於臨床醫療工作而言，公共服務工作本身的變化程度較低。	1	2	3	4	5	6	7
7.相較於臨床醫療工作而言，公共服務工作所需投入之交易成本（時間、人力與物力）較少。	1	2	3	4	5	6	7
8.相較於臨床醫療工作而言，公共服務工作所需要的專業技能較低。	1	2	3	4	5	6	7

下列各小題的敘述，是有關現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」對 您工作影響之評估問項，請依據 您自己之認知與看法，在下列每一題敘述後面 1~7 的數字中 <u>圈選一個</u> ，以代表您對於該項敘述同意或不同意的程度。	非常不同意	不同意	有點不同意	不確定	有點同意	同意	非常同意
1.現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」下的「臨床服務工作」之績效指標在設計上過於籠統 (Large)，並沒有按照科別工作屬性規劃。	1	2	3	4	5	6	7
2.「臨床服務工作」之績效指標設計不允當，部分指標容易達成、部分指標不易達成。	1	2	3	4	5	6	7



3.「臨床服務工作」之績效指標設計太多，難以衡量真實績效。	1	2	3	4	5	6	7
4.「臨床服務工作」之績效指標沒有設計權重比例，難以衡量真實績效。	1	2	3	4	5	6	7
5.「臨床服務工作」之績效指標要求很多，有時反而妨礙本份工作之執行。	1	2	3	4	5	6	7
6.現行「臨床服務工作」之績效指標具備公平、公正與客觀的屬性。	1	2	3	4	5	6	7
7.「臨床服務工作」之績效指標能滿足個人的需求目標（如獎金、升遷等）。	1	2	3	4	5	6	7
8.「臨床服務工作」之績效指標的設計能激勵我的工作動機。	1	2	3	4	5	6	7
9.「臨床服務工作」之績效指標並無法引導我的工作方向。	1	2	3	4	5	6	7
10.現行「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」下的「公共服務工作」之績效指標在設計上過於籠統（Large），並沒有按照科別工作屬性規劃	1	2	3	4	5	6	7
11.「公共服務工作」之績效指標設計不允當，部分指標容易達成、部分指標不易達成。	1	2	3	4	5	6	7
12.「公共服務工作」之績效指標設計太多，難以衡量真實績效。	1	2	3	4	5	6	7
13.「公共服務工作」之績效指標沒有設計權重比例，難以衡量真實績效。	1	2	3	4	5	6	7
14.「公共服務工作」之績效指標要求很多，有時反而妨礙本份工作之執行。	1	2	3	4	5	6	7
15.現行「公共服務工作」之績效指標具備公平、公正與客觀的屬性。	1	2	3	4	5	6	7
16.「公共服務工作」之績效指標能滿足個人的需求目標（如獎金、升遷等）。	1	2	3	4	5	6	7
17.「公共服務工作」之績效指標的設計能激勵我的工作動機。	1	2	3	4	5	6	7
18.「公共服務工作」之績效指標能引導我的工作方向。	1	2	3	4	5	6	7

下列各小題係描述現行部立醫院規範的醫師「工作績效評估指標」，請 您先依序評估：(1) 績效指標是否適用於評估 您的部科工作範圍？若不適用，請圈選『不適用』，無需評估與填寫右方的績效表現（前往下一題績效指標評估繼續作答，）；(2) 若績效指標「適用」於評估 您的部科工作範圍，請依照「自己上一年度績效評估的結果」，在該績效指標後面 1~7 的數字中「圈選一個」，以表示最適合用來形容 您工作績效的表現。

「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」之醫師工作績效指標	若該績效指標「不適用」本部科醫師，無需填寫右方的自我評估，請繼續往下一題作答。	<績效表現之評估> 若該績效指標「適用」本科醫師，「請自評右方之績效表現」。	非常 不 滿意	不 滿 意	有 點 不 滿 意	普 通	有 點 滿 意	滿 意	表 現 卓 越
1.義診	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
2.急診駐診	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
3.病房值班	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
4.醫療管理行政	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
5.社區醫療	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
6.其他公共服務績效（教學成果、研究發展、參辦或奉派教育訓練及特殊表現等）	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
7.門診診察	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
8.急診診察	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
9.住院診察	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
10.會診	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
11.X光檢查	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
12.手術	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
13.麻醉	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
14.病理檢驗	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
15.碎石術	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
16.復健費	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
17.健康檢查	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
18.呼吸治療	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
19.牙科治療處置	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
20.各項證明書	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7
21.其他診療處置（侵襲性與非侵襲性之醫師操作、判讀、治療）	不適用	適用	1	2	3	4	5	6	7

## 作者簡介

### 盧正宗

國立東華大學企業管理研究所博士。現職為國立臺中科技大學會計資訊系教授。主要研究領域為管理會計、績效評估、行為會計。相關著作已發表於會計評論、中山管理評論、交大管理學報、管理與系統、電子商務學報、當代會計、商管科技季刊、人文暨社會科學期刊、管理資訊計算、Accounting and Finance Research、International Journal of Business Performance Management、International Journal of Enterprise Network Management等期刊。

E-mail: [ctl@nutc.edu.tw](mailto:ctl@nutc.edu.tw)

