從醫院治理理論談我國財團法人醫院治理之現況與挑戰——兼論醫療法 106 年修正草案

傅國峻*

摘要

近年來社會對於醫院經營的關注度逐漸提升，特別是針對財團法人醫院的經營管理，財團法人醫院具有高度公益性，然而國內卻屢有醫院經營者利用公共醫療資源來圖利自身的批評，使得立法政策部門積極著手進行醫療法的修正，修法的核心在於強化及改善醫院治理。醫院治理此一概念討論的是透過一定的治理結構與決策機制以有效進行醫院營運，此一概念雖源自於公司治理的內涵，然而前者基於具有高度社會性，而使這兩者在代理問題上須以不同的角度來處理。以此為前提下，衍生出醫院治理相關的機制，包含治理團隊、財務責信、決策執行三者，治理團隊是指組織高層管理與監控組織運作的方法，財務責信是指醫院財務狀況之透明程度，決策執行是指透過經營團隊的協助及控制來執行醫院目標。雖然本次醫療法修正有涵蓋到這三項機制，但事實上仍不足以達到良善醫院治理，由於醫院經營者必須要體認到其應承擔一定之社會責任的義務，法律的制定是屬於消極的社會責任，僅依靠這種消極社會責任尚無法健全我國的醫療產業，也因此這會是我國醫院治理的新挑戰。

關鍵字：醫院治理、治理團隊、財務責信、決策執行、醫院社會責任

* 臺北醫學大學醫療暨生物科技法律研究所碩士。

投稿日：2018 年 4 月 17 日
接受刊登日：2018 年 6 月 2 日

目　次

一、前言：醫療法 106 年修正草案之背景
二、醫院治理的概念定義：從公司治理到醫院治理
三、醫院治理的主要機制：治理團隊、決策執行、財務責信
（一）、治理團隊
（二）、財務責信
（三）、決策執行
四、我國財團法人醫院治理之現行法規架構與醫療法修法方向
五、醫院治理的新挑戰：醫院社會責任之落實
六、結語
七、參考文獻

一、前言：醫療法 106 年修正草案之背景

醫療產業肩負照顧我國全民健康的重要責任，而在我國醫療資源分配受到全民健康保險近乎壟斷的前提之下，無論是何種類型的醫院都會受到健保分配制度的影響。然而，近年來有不少財團法人醫院遭社會各界詬病，批評醫院的經營者利用公共的醫療資源來圖利自身，透過不當的手段去移轉本應屬於醫院的資產或盈餘，嚴重侵蝕我國醫療體系的完整性。對於這樣的現況，行政院於 2017 年 4 月 6 日通過衛福部提出的「醫療法部分條文修正草案」，並送請立法院審議。惟目前立法院尚未完成修法程序，雖已付委審查，然而針對部分條文之修正尚未達成共識，據立法院立法院第 9 屆第 5 會期第 4 次會議紀錄，該案目前之立法進度為「協商中」。而提出本案之主管機關衛福部表示：「醫療法人具有高度公益性質，其法人治理及財產使用方式的良窳，對於整體社會環境影響甚鉅。為使醫療法人治理及財產使用健全發展，並建構良好醫療法人法制環境，因此擬具該修正草案[1]。」換言之，亦即希望能從醫院治理的角度切入，對我國醫療法人—尤其是財團法人部分—的組織運作與財產使用做出改革。然而較為可惜的是，我國學界過往對於醫院治理的討論一直較為稀少，本次修法雖然以醫院治理作為切入點，但也未就醫院治理的概念內涵加以具體說明，使得醫院治理的理念內涵一直未能被有效釐清，本次修法是否確實有助醫院治理效能的提升，也因而難以有效評價。為補強此一空缺，本文乃以醫院治理作為主題，透過外國文獻以及我國法規的整理，嘗試討論醫院治理理念的概念內涵、主要面向、以及現行我國醫院治理之法規管制架構，進而從醫院治理的角度切入，提出我國醫院治理未來需要面對的挑戰。

[1] 中華民國行政院網站，http://www.ey.gov.tw/News_Content2.aspx?n=F8BAEBE9491FC830&s=390F7D3E7DE1034E（最後瀏覽日：2018 年 06 月 30 日）。

二、醫院治理的概念定義：從公司治理到醫院治理

「醫院治理」這個名詞在國內外學界較少人討論，目前為止並未見到比較一致的定義[2]，甚至在原文上也有不同的用語，不過一般較常見的用語是「Hospital Governance」，而對於這個學術名詞，國內外學者曾給予不同的定義，諸如「醫院在不同層面上進行決策的複雜模式並形成醫院實際的治理結構[3]。」、「組織對醫院全部作業的責任和任務」[4]、「最高階級之組織領導、策略與決策的共同過程」[5]、「醫院指導所有的功能別部門和有效的績效表現的過程，該過程包括定義醫院的任務、設定其目標和在管理階層上的支持與監督[6]。」、或「為全面性運作與效能的指導過程，透過董事會明確定義醫院使命，設定目標，支持與監督」[7]。本文綜合以上的學術定義，認為醫院治理應是指：「透過一定的治理結構與決策機制以有效進行醫院營運的一套治理模式。」

事實上，醫院治理與公司治理（Corporate Governance）有高度的關聯性。相較於醫院治理，「公司治理」是學術界討論非常熱門也非常重要的議題，其在學術研究上的發展比醫院治理來得早了許多，早在 1970 年代就已經非常興盛。相較之下，醫院治理則是到 1990 年代左右才開始較廣泛地受到學者討論[8]。

公司治理的概念可以參考世界銀行（World Bank）的報告書，其指出公司治理是指：「公司管理與監控的方法，即公司如何在符合法律與契約的規範中，建立機制以促成公司價值的極大化[9]。」此外經濟合作發展組織（OECD）在 2004 年公布的公司治理原則中強調：「良好的公司治理必須能夠提供誘因，使董事會經營階層得以達成既符合公司利益又符合股東利益之目標，且須使監督機制有效發揮[10]。」所以簡單來說，公司

---

2 Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. , *From Corporate Governance To Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management*, 68(1) Health Policy 1, 4 (2004).

3 Rotar AM, Botje D, Klazinga NS, Lombarts KM, Groene O, Sunol R, Plochg T, *The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries*, 16 (Suppl. 2), BMC HEALTH SERV RES, 160, 100(2016).

4 Bohen L.S., Your Role as a Trustee, 100 (1995).

5 Alexander J.A., Lee S.Y. , Bazzoli G.J., *Governance in health systems and health networks*, 28(3) Health Care Management Review 228, 228-42 (2003).

6 Rob Flynn, *Clinical governance and governmentality*, 4(2) Health Risk and Society, 155,155–73. (2002).

7 Eckloo K et al.,supra note 2, at 4.

8 而醫院治理在早期並未如同公司治理有清楚的研究範疇，與此相關的文獻中，大部分是被歸納進管理學的領域，也因此當時的文獻常常是以非常「企業導向」的脈絡進行研究。而其中常見的研究主題，往往包括醫院策略與董事會成員之間的相關性、非營利醫院和營利醫院在 CEO 薪酬和營業額方面的差異、以及醫院整體績效如何影響董事會成員更迭等等。至於近年來關於醫院治理的發展，2016 年時有學者指出，大多數關於醫院治理的研究主要是在美國進行的，然而關於醫院治理本身的基本機制卻仍然不明確。也就是說醫院治理本身的研究仍尚未如同公司治理成熟，還有許多部分是模糊的，也在探討醫院治理時大部分還是必須要去參考公司治理相關的制度及背景。

9 Magdi R. Iskander & Nadereh Chamlou, Corporate Governance: A Framework for Implementation 6 (1999).

10 Organization for Economic Co-operation and Developmen (OECD), OECD Principle of corporate Governance 11 (2004).

治理的內容其實就是使公司透過管理與監控的方式來為公司獲得經濟利益。而為了達成這樣的目標，公司企業在設計上會透過所有與經營分離的原則來進行，由經營者來進行公司營運，通常經營者即是公司的董事會，而所有者則是公司背後的股東們。

上述這樣的經營模式其實是基於經濟學上的代理理論，也就是說股東雖然擁有公司資產但卻不自行管理資產，而雇用董事與經理人作為代理人來經營公司。在這樣的理解之下，董事於處理公司事務以所有權人即股東之最大利益為取捨並對其負有義務，股東會當然對於經營上重大事項及業務有決策權力[11]。姑且不論公司治理是為股東本身或是為公司本身追求最大利益的爭議，至少可以確定的是，公司的股東就是公司的所有權人。這部分其實也就是公司企業與醫院機構最大的差異，也就是所有權歸屬的問題，在公司企業的所有者是股東應無疑義，然而在醫療機構就有待釐清了。

由於醫療為社會公益相關之服務業，醫療機構作為從事醫療事業之機構，其所追求的效益並非單一資源效益，或單純之醫療效益，還另須兼顧社會福祉之效益。[12] 這就造成了醫療機構無法單純地將出資者簡單的認定為醫療機構的擁有者，亦即像公司企業一樣，直接以股東這個角色作為擁有者，而使經營者對其負責營運成效。相反的，醫療機構的成立其實有相當的程度是有社會資源在支撐，社會對醫療機構來說也算是部分的所有者，而醫療機構的營運的成果也絕非單純的從醫院的獲利來衡量。

也正由於醫院在概念上並沒有如同公司股東這樣的角色，因此「醫院治理本身究竟是為誰治理？」就成為一個必須探討的議題，而要回答這個問題，我們可以先觀察非營利醫院這樣的醫療機構，由於非營利醫院的課責對象並非股東，缺乏明確的所有權結構，而且也缺乏利益極大化原則，因此有學者認為關注的對象應該由股東這個角色轉向利害關係人這個角色[13]。

在醫院的營運過程中，可能會影響很多不同身分者，這些人就是所謂的利害關係人（stakeholder）。醫院治理的目的就是為了要追求這些利害關係人的利益，這是醫院治理與公司治理最主要的差異。[14] 在公司治理中雖然也強調保護利害關係人，但是公司治理下保護利害關係人的原因是基於公司利益極大化的考量。也就是說，公司為了避免因為利害關係人受到不利的對待，而給公司帶來不好的外在形象，間接導致公司長遠的利益受損，所以有保護利害關係人的必要。簡單來說，是為了追求公司本身的利益，而不是利害關係人自身的利益。然而，在醫院當中並不是追求醫院或醫院出資者本身的經濟利益，所以上述的情形理論上並不會在醫院出現，保護利害關係人的行為本身就構成醫院治理之目的。

---

11 劉俊海，股份有限公司股東權的保障，初版，頁 394-395 (1997 年)。

12 中國醫藥大學附設醫院，醫療品管的深耕活動 醫療界的 QCC 實務，初版，頁 2-3 (2011 年)。

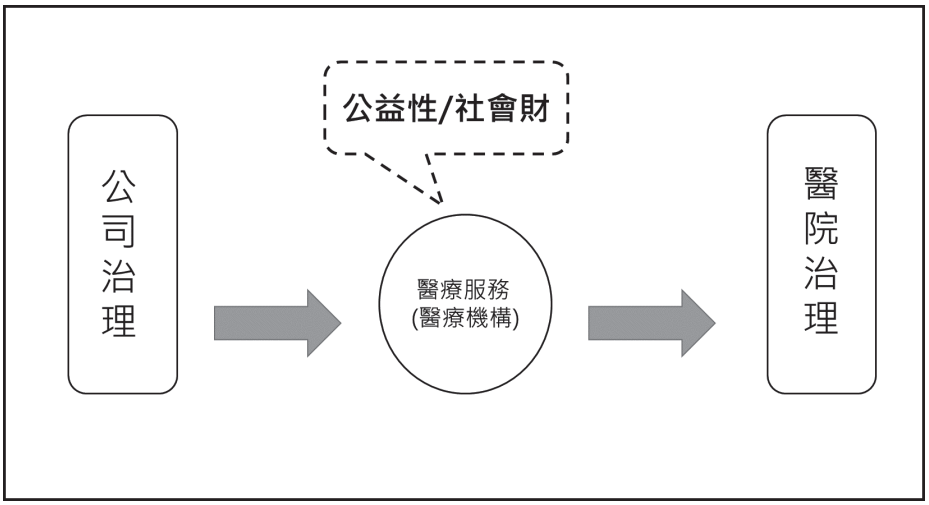
13 Eckloo K ET AL.,supra note 2, at 4.

14 醫院的主要目標在於提供專業水準的醫療照護，而且還必須注意到醫療服務對於就醫民眾的可近性與醫院財務的衡平性。也就是說，醫院營運所要負責的對象是醫院的利害關係人，醫院的責任是為利害關係人追求利益。

至於醫院的利害關係人具體包含哪些人，有學者認為醫療機構的利害關係人應該分為三種類型，分別有內部利害關係人、中介利害關係人、外部利害關係人[15]。內部利害關係人指的是在組織內部運作之人，包含管理、專業及非專業員工。而中介利害關係人則是指對組織有內在與外在功能之人，包含股東、納稅人或其他貢獻者。至於外部利害關係人，又可以細分為兩類型，一是指這些對組織有投入的對象（例如供應商、病人、或基金提供者），另一類則是指組織的競爭者（例如其他醫院或相關健康組織）及對組織如何運作特別有興趣的對象（例如政府法規部門、專業協會、工會或當地社區）[16]。

而本文所指的利害關係人，並非將任何只要與醫院有關者都納入範疇，而是須考量追求良好醫院治理所設定的目標，而影響此一目標達成的關鍵利害關係人才是這裡所要談的利害關係人。一般而言良好的醫院治理是為了要提供病人良好的醫療照護，而醫院的病人及醫護人員是直接影響此一目標的對象，因此在這樣的觀點下，本文認為利害關係人應該以病人、醫護人員為主體。而關於利害關係人的討論主要是社會責任的範疇，也就是說透過社會責任的概念去保護利害關係的利益，這一部份留待後續討論。

透過上述的討論，我們可以發現到，醫院治理還是異於公司治理，其本身仍有獨立討論及研究的必要，並不能單純的移植公司治理的制度進入醫療機構。雖然如此，醫院治理跟公司治理在本質上都是治理，而治理本身就是要解決組織體內的代理問題，所謂的代理問題是指委託人與代理人之間因目標不一致，而產生利益衝突之情事[17]。也就是說醫院經營者也有可能會為了自己取得特定利益而進行不利於醫院或醫院利害關係人的行為，因此必須要透過醫院治理來防止或解決這樣的問題，此乃醫院治理的重要性所在。



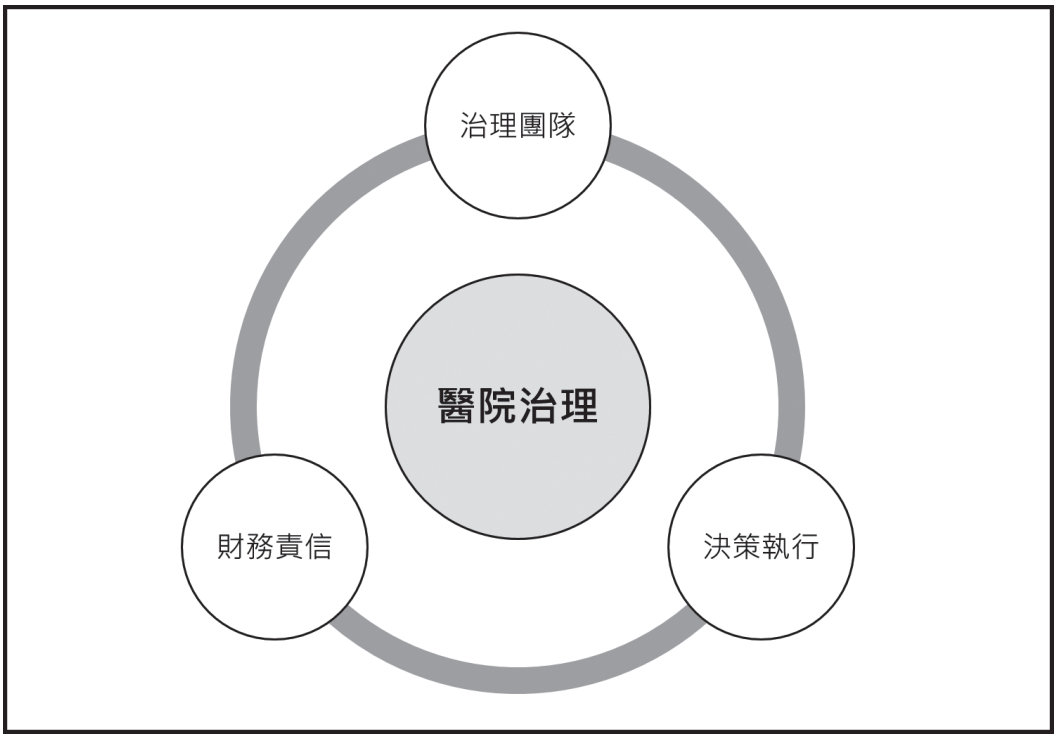
[15] Keyvanara M., Sajadi HS., *Social responsibility of the hospitals in Isfahan city, Iran: Results from a cross-sectional survey* , 4(8) International Journal of Health Policy and Management, 517,521 (2015).

[16] 例如學者周惠櫻與鄧昇謨以問卷調查研究國內醫院高階經理人對其利害關係人企業社會責任之認知，該研究便將病患、員工、政府、社區、環境列為醫院之利害關係人。

[17] 程新生，公司治理與戰略控制，初版，頁 32(2015 年)。

三、醫院治理的主要機制：治理團隊、決策執行、財務責信

所謂的治理機制，是泛指組織高層管理與監控組織運作的方法[18]，也就是說在一個組織當中，組織的管理階層如何去管理與監控組織。公司治理下的治理機制很容易理解，一般會認為是透過董事會、股東會、監察人或審計委員會這樣的機制設計，其中有很大的程度上受到公司內部股權結構的影響。然而，醫院治理的機制上，應該透過如何之機制來運作，目前學說與實務其實並沒有普遍的看法。這部分或許可以國際聯合委員會（Joint Commission International）所定出的醫院評鑑準則作為參考。在該準則所涉及的評鑑項目中，可以約略發現醫院治理主要涵蓋兩個面向，其一是以董事會為核心，要求董事會在合於法律與契約規範之前提下，對經營階層進行監督，以達成醫院的利益最大化，其二則是領導與管理，要求醫院應在市場機制提供誘因的環境中，建立良好治理制度，並兼顧股東及各種利害關係人利益的企業社會責任[19]。上述的主軸概念，某種程度上似乎也反映了從公司治理普遍的運作模式，而經此 JCI 評鑑主軸的觀察，或許可將醫院治理的機制歸納出三個面向，分別是治理團隊、財務內控、與決策執行。



[18] Rhodes, R. A. W., The new governance: Governing without government. 44 (4) Political Studies 652, 652-667(1996).

[19] Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals (3rd ed. 2007).

（一）、治理團隊

治理團隊（governing body）是指治理醫院或監督醫院營運之最高層級組織或個人，可能是董事會、出資者、醫院所有權人、院長等身分，視醫院為何種權屬別而有不同的配置。在我國法人醫院中的治理團隊一般會是董事會，而在公立醫院的治理團隊一般則會是醫院院長。為便於說明，以下以法人醫院的設置為例，法人醫院治理團隊的組成方式會影響醫院的經營決策，例如董事會規模、董事會會議頻率、董事會成員所含家族比例與職務雙元性等結構特性，都對於決策產生影響。不同董事成員組成的安排，對於高階管理團隊的監督及其在專業經營策略之功能都有不同的強化作用[20]。

關於治理團隊組成結構對經營產生的影響，過去國內外其實已有相當多的研究，大部分是以公司或企業為研究對象。例如針對董事會規模，有學者認為有較多的董事會人數，會擁有較多的技術、知識與產業背景，對於經營決策提出更多的看法與建議，經營績效較好。[21] 然而，另有學者認為董事會規模越小，其公司經營績效越好，大規模的董事相較於小規模的董事會較沒有效率。[22] 而關於會議頻率，學者有認為董事會若能增加其會議頻率，較能掌握公司管理階層代理問題與組織內資源分配概況，進而提升機構效能。[23] 而關於監察人，有學者認為當公司董事會監察人由同一家族擔任，董事會執行決策或監察人行使監察權時，恐會有舞弊行為發生[24]。

而關於董事會成員中的身分，其實也是決定治理效能的重要因素。董事彼此間應具有不同之專長，其中具有醫師背景的董事尤其扮演醫院治理中的重要角色。實證研究發現，在有擔任醫師之董事會成員的醫院，死亡率和發病率的控制表現得較好，也就是說，他們在維護照護品質方面的重要措施獲得優越成績[25]，而且財務績效提高[26]。醫師的參與改善醫院整體成功，由於董事會需要聽取醫生們的觀點，醫生需要了解他們的看法。因此，在美國有許多醫療機構為醫師留出董事職位，並由醫療員工提名人選。由醫療員工選舉醫院董事會中少數代表的情形是常見的[27]。

---

[20] Andres, P. D., Azofra, V., & Lopez, F.,*Corporate boards in some OECD countries: Size composition, functioning and effectiveness, corporate governance.* 13 (2) An International Review, 197, 197-210.

[21] Geoffrey C. Kiel Gavin J. Nicholson, *Board composition and corporate performance: How the Australian experience informs contrasting theories of corporate governance.* 11 (3) Corporate Governance 189, 189-205 (2003).

[22] Jensen, M. C., *The modern industrial revolution, exit, and the failure of internal control systems.* 48 (3) The Journal of Finance 831, 831-880 (1993).

[23] Hillman, A. J., Dalziel, T., *Boards of directors and firm performance: Integrating agency and resource dependence perspectives*, 28 (3) The Academy of Management Review 386, 383-396 (2003).

[24] Yeh, Y. H., Lee, T. S., & Woidtke, T., *Corporate governance and performance: The case of Taiwan.* 12(1) International Review of Finance 21, 21-48 (2001).

[25] Shortell, S. M., and J. P. LoGerfo, *Hospital Medical Staff Organization and the Quality of Care*, 19 (10) Medical Care 1041, 1041–5 (1981).

[26] Goes, J. B., and C. Zhan., *The Effects of Hospital–Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance*, 30 (4) Health Services Research 507, 507–30 (1995).; Molinari, C., M. Hendryx, & J. Goodstein, *The Effects of CEO–Board Relations on Hospital Performance*, 22(3) Health Care Management Review 7, 7–15 (1997).

[27] Alexander, J. A., Current Issues in Governance, 15–18 (1986).

至於董事會的決策方式也會影響治理的效果，例如董事會中設置不同領域的委員會是常見的治理模式。委員會的組織型態常會使得決議更有效率，這是因為委員會成員在某一領域具有專業知識，且委員會可以更加謹慎地處理特別敏感的問題，如薪酬以及審計和醫務人員之提名。以美國近來的趨勢觀察，目前公司企業的整體趨勢是傾向一個小而活躍的董事會，透過設置幾個重要的常設委員會來運作。然而，在醫療機構的董事會，其在發展趨勢上卻是相反的，逐漸趨向一個大型網絡[28]。至 2006 年為止，美國有超過一半的醫療機構管理委員會設置品質委員會，以審查照護流程、死亡率、臨床質量的儀表指標、病人安全及患者滿意度[29]。

（二）、財務責信

財務責信（financial accountability）是指醫院財務狀況之透明程度，主要在於期望能提高捐款人及投資人對醫院的信任，經由公開透明之財務資訊，促使健保醫療資源能合理分配，降低醫院與中央健保險署之間資訊不對稱而產生的道德風險。而在外部監控上，主要會透過公開的財務與醫療品質資訊揭露，使捐款人、投資者、民眾、醫療提供者及保險人共同監督[30]。

根據研究結果顯示，醫院資訊揭露越透明對於醫院治理效能具有正向影響。當醫院財務狀況揭露越透明及醫療品質揭露越透明，醫院治理效能愈具有正向影響[31]。至於財務公開揭露後是否對病人安全有負面影響，有研究指出，在全部病人安全事件、照護與手術事件、術後事件結果，顯示醫院的財務績效表現對於病人治療結果的影響是有限的，因此雖然醫院的財務績效表現下降了，但不會直接影響對嚴重病人安全事件的注意。[32]

而對於醫院治理下如何去要求醫院的財務透明，除了組織對於自身的道德要求之外，一般而言會是透過政府法規的方式賦予醫療機構一定的法律義務，也就是說透過他律的方式來要求醫療機構自律。以美國為例，基於醫院的慈善性質受到社區服務及國家立法機構的認可，美國國會制定國家稅收法第 501 條 C 項第 3 款賦予非營利醫院免除納稅的義務，然而也基於公益性的要求，申請免稅資格的醫院必須符合特定的公益標準，其中一項便是要求醫院公開財務資訊，範圍包含機構資產、收入、支出和人員薪資情況，甚至要求該機構成員前五名收入最高者的名單、支付最高之前五名的合

---

[28] Kenneth Ray White & John R. Griffith, The Well-managed Healthcare Organization, 127 (7th ed. 2010).

[29] Jiang HJ, Lockee C, Bass K & Fraser I., *Board Oversight of Quality: Any Differences in Process of Care and Mortality?*, 54 (1) Journal of Healthcare Management 15, 15–30 (2009); Joshi, M. S., & Hines S. C., *Getting the Board on Board: Engaging Hospital Boards in Quality and Patient Safety.* 32(4) Journal on Quality and Patient Safety 179, 179–87 (2006).

[30] Wei, Y. J., Chung, K. P., & Cheng, S. H., *The evolution of healthcare quality assessment: From accreditation to report card system,* 24(4) Taiwan Journal of Public Health 275, 275-283. (2005).

[31] 嚴玉華、楊鎮維，醫院治理機制與效能之研究，臺大管理論叢，23 卷特刊期，頁 57-82 (2013 年)。

[32] Cemal Zehir, Fadime Çınar, Halil Şengülc , *Role Of Stakeholder Participation Between Transparency And Qualitative And Quantitive Performance Relations: An Application At Hospital Managements*, 229 Social and Behavioral Sciences 234, 234 -245 (2016).

同名單、籌款花費、與董事會成員有關的金融交易紀錄等。[33]

又以日本為例，日本將醫療法人歸類為公益法人，根據特殊人情報公開法要求公益法人必須要將特定資訊公開給一般民眾閱覽，包括損益計算書、借貸對照表、附屬明細表、事業報告書、監督意見書、財產目錄、決算報告書等。另外在促進特定非營利活動法亦有要求提交資產負債表、財務報表、領取報酬的要員名單等。[34] 因此可見在財務責信上，主要會透過對外公開會計報表及相關財務活動的方式來達到財務公開透明的效果。

事實上，財務內控這個機制在台灣的醫療產業中是特別重要。依據台灣醫療改革基金會調查發現，許多財團法人醫院透過關係人交易取得龐大經濟利益，財團法人醫院將營運的結餘，捐助給原捐助企業或教會之相關機構，變相使捐助人或發起醫師將捐助當投資，也就是先以捐助名義捐獻資產或財產再利用其在醫院治理上的影響力將盈餘回流到原始捐助者。[35] 顯示我國醫療產業透過醫院獲取利潤的問題存在已久，這樣的弊端嚴重侵蝕醫院的成立目的，需強化財務責信才能確保良好的醫院治理。

（三）、決策執行

決策執行則是指透過經營團隊（executive team）的協助及控制來執行醫院目標，例如運作模式、授權決策範圍、決策參與程度等機制。具體上可能由醫院設計制衡管理制度，藉由制度執行來強化醫院內部控制。而制度設計的目的又在於有效監督與激勵管理者，以健全醫院組織的運作，提升經營績效。[36] 所謂經營團隊係指依監督或治理團隊之決議或指示，實際負責醫院營運者，具體可包含如院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。以法人醫院為例，則經營團隊可能會是醫院的院長或高階主管，其受聘於董事會，在董事會授權範圍內，擁有對醫院事務的管理權和代理權，負責處理醫院的日常經營事務，負責發展醫院策略和計畫、監控醫院表現和醫院所有權的代表[37]。而經營團隊所進行的決策基本上係以資源優先配置作為主要評估依據，其決策之過程與理由也需能被公開檢驗[38]。另外，由於董事會應相當程度依賴機構人員，董事會與機構人員參與決策次數與互動品質的良窳，亦會影響醫院之治理效能，因此董事會成員是否參與決策過程，也會影響機構資源使用及目標的達成[39]。

---

33 Internal Revenue Service (IRS)，https://www.irs.gov/forms-pubs/about-schedule-h-form-990 (last visited Feb. 28, 2018).

34 行政院研究發展考核委員會，國內非營利組織管理法規之研究，頁 45-50 (2001 年)。

35 台灣醫療改革基金會，醫改會呼籲速修《醫療法》遏止「財團法人醫院」淪為「財團」醫院，http://www.thrf.org.tw/archive/1194 (最後瀏覽日期 :2018 年 2 月 9 日)。

36 Norman Daniels, *Just health: Meeting health needs fairly,* 86(8) Cambridge University Press 397, 397 (2008).

37 Bohen, *Supra* note 04, at100.

38 Daniels, N. & Sabin, J., *Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers,* 26 (4) Philosophy & Public Affairs 303, 303-350 (1997).

39 Joan M. Hummel, Starting and running a nonprofit organization 100 (1980).

四、我國財團法人醫院治理之現行法規架構與醫療法修法方向

根據衛生福利部之統計，105 年度全國醫院總數為 490 家，其中財團法人醫院就多達 70 家，而以病床數來看，當年度的病床總數為 133499 床，其中財團法人醫院病床數為 42076 床，也就說全國病床總數的 32% 都是財團法人醫院囊括。因此可見，財團法人醫院在我國醫療服務產業中具有相當龐大的影響，財團法人醫院治理良善與否，關係到我國國民的健康福祉；加以財團法人在我國法制定位上屬於公益性質，是以一定的捐助財產為成立基礎從事社會公益，依法不得從事營利活動，外界自然期許財團法人醫院具有一定的治理水準，因此本文以下將以其作醫院治理法規管制的討論對象。

關於財團法人的醫院治理上，我國法規主要規範在醫療法第三章第二節，惟對於其他類型之醫療機構亦有適用者，則規範於該法通則的部分。除此之外，涉及技術性及細節性之事項，醫療法另有授權主關機關針對不同的法定義務去制定各種法規命令，例如醫院設立或擴充許可辦法、醫療機構設置標準、醫療法人必要財產最低標準、醫療法人財務報告編製準則、醫療財團法人董事選任辦法。

以醫院治理機制來觀察法規範，在治理團隊的面向上，法規要求包括：設置董事長作為法人代表（醫療法第 33 條）、董事人數、董事身分之限制、親自出席董事會義務（醫療法第 43 條）、董事未改選或出缺之處理、董事違反法令或章程之處理（醫療法第 46 條）、董事及監察人之消極資格（醫療法第 45-1 條）、董事解任之情形（醫療法第 45-2 條）。據此觀察，在治理團隊的面向上，法規範基本上僅針對董事必要的背景作要求，例如醫療法第 43 條要求董事中至少要有三分之一的成員具醫事人員資格，至於董事會具體的運作，醫療法則採取比較寬鬆的態度，只有在董事出現嚴重失職的情形才有介入，甚至在監察人的設置上也並未強制要求，也就是說法規範在治理團對這個面向上保留相當大的空間。

其次，在財務責信的面向上，法規範的要求包括：應建立符合公認之會計處理準則之會計制度（醫療法第 34 條）、不得為合夥人或進行超額之投資（醫療法第 35 條）、財產之使用包含處分及設定負擔應經核准（醫療法第 36 條）、不得為保證人或貸放資金（醫療法第 37 條）、財務報告應包含財務報表、重要會計科目明細表、其他揭露事項及說明（醫療法人財務報告編製準則第 5 條）、財報註釋應包含與關係人之重大交易事項、對其他事業之主要投資以及進行捐贈之對象、目的、金額、必要性等（醫療法人財務報告編製準則第 7 條）。因此可見，法規範對於醫療財團法人的財務責信具有相當高的要求，立法方式上主要有兩個方向，第一個是限制醫院進行財務操作，第二個是要求醫院揭露財務及資產流動的情形，同時也給予主管機關相當大的監督權力，也就是說，法規範在財務責信上採取較嚴格的態度。

最後，由決策執行的面向來觀察，法規範的要求包括：財團法人醫院應設置負責醫師，由其負院內所有醫療業務之責任（醫療法第 18 條）、醫療機構對其所屬醫事人

員有依據專門職業法規進行督導的義務（醫療法第 57 條）、醫院應建立及檢討醫療品質管理制度（醫療法第 62 條）、具體醫療品質管理的範圍（醫療法施行細則第 42 條）。由此觀察可發現，法規範對於財團法人醫院的決策執行幾乎無相當之規範，僅針對醫療品質要求建立管理制度，也就是說法規範採取明示原則性規定之立法方式，將決策執行這部分直接交由醫院負責人全權處理。

在上述現行的法規管制制度之下，醫療產業中的財團法人治理長期存在許多問題。據醫療改革基金會的發現，有財團法人醫院之董事、監察人長期由同批人馬擔任，改選時部分董事與監察人互換職務。又或是董事會組成由原捐助企業之關係人掌控，董事間彼此屬於關係企業，具有共同利害關係。財團法人醫院將營運的結餘，捐助給原捐助企業或教會之相關機構。又或是長期向關係人或企業承租房地設備，透過關係企業給付租金使關係人獲利。[40]

此外，前衛生署長楊志良也曾指出，全民健保最大問題在於醫院治理，因為九成的醫院有盈餘，寧願投資資金購買設備，去創造更多檢驗與治療項目來賺取更多利潤，然而對院內卻不增加人力來造福員工。與外界認知不同的是，健保其實沒虧待醫療業，全民健保醫療支出總額每年成長 4% 以上，增加之幅度甚至高於 GDP，甚至政府每年還另行編列數十億給醫院去補強人力與改善環境，沒想到醫院卻還常說健保給付不夠，甚至有有醫師爆肝、護理員帶病上班，可見醫院治理是目前醫療改革中最重要的關鍵。[41] 而面對這樣的亂象，我國行政院於 2017 年 4 月 6 日通過由衛福部提出的「醫療法部分條文修正草案」，送請立法院審議。該修正草案主要是針對醫療法人治理及財產使用進行檢討並修正現行條文，該草案引起社會各界高度關注，且此案在立法院社福衛環委員會審議時，各立法委員亦提出不同的修法版本進行協商。

具體來看，該修正草案明顯是以解決醫院治理問題作為出發點，在行政院第 3543 次會議決議說明該草案修正要點中，修法的背景乃是因為醫療法人在治理上存在利益衝突影響整體社會，因此強調修法的正當性在於醫療法人具有高度之公益性，醫療法人的治理重大影響社會環境。而對於該修正草案的修法目的，上述修正要點則多次以「提升法人治理效能」、「健全醫療財團法人治理」、「使醫療法人治理及財產使用健全發展」、「建構良好之醫療法人法制環境」等來加以說明[42]。此一修法嘗試，具體又分別反映醫院治理的以下理念：

首先在治理團隊面向上，修法增訂的內容包括：禁止醫療財團法人董事長兼任（醫療法第 33 條）、強制醫療法人設置監察人（醫療法第 33 條）、限制醫療財團法人之

[40] 台灣醫療改革基金會，醫改會呼籲速修《醫療法》遏止「財團法人醫院」淪為「財團」醫院，http://www.thrf.org.tw/archive/1194（最後瀏覽日期：2018 年 2 月 10 日）。

[41] 黃以敬，星期專訪：把脈健保 20 年 / 楊志良：不完美 需有勇氣改革醫院，自由時報，http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/865144（最後瀏覽日：2017 年 12 月 01 日）。

[42] 行政院網站，行政院第 3543 次院會決議，https://www.ey.gov.tw/news_Content.aspx?n=4F2A6F26A44C68AC&sms=FF87AB3AC4507DE3&s=42CF3C8D55FB86E7（最後瀏覽日：2017 年 12 月 02 日）

監察人與董事彼此間之親屬關係（醫療法第 33 條）、強制一定規模之財團法人醫院設置公益監察人（醫療法第 33 條）、限制醫療財團法人董事長僅得連任一次（醫療法第 43 條）、增設員工代表於董事會（醫療法第 43 條）、增設社會公正人士於董事會（醫療法第 43 條）。簡言之，該草案主要有三個方式來強化治理團隊這個面向。首先是透過杜絕做為領導醫院治理主體的董事長具有利益衝突身分，其次是設立監察人來制衡董事會防止其不當行使職權，再者是增加董事會的多元性來保護不同利害關係人的利益。也就是說該草案強化了治理團隊的穩定性，降低影響治理正當性的治理結構組成，因此若以醫院治理觀點來看這部分的修正條文，應是值得肯定的修正方向。[43]

而在財務責信面向上，修法增訂內容包括：強制醫療法人財務報告須經會計師查核簽證（醫療法第 34 條）、醫療法人動產捐贈應申報核准（醫療法第 36 條）、醫療財團法人公開章則、捐助章程、董事與監察人之姓名及現職、年度財務報告等（醫療法第 46-1 條）。觀察這些修正條文，可以發現到該草案主要是透過兩個方向來強化醫院治理的財務責信。首先是由政府介入管制監督醫療法人財務資訊的正確性以及捐贈財產的正當性，其次則是提升外界對於醫療財團法人相關背景的認識。因此該修正草案採取強化醫療法人的財務責信的方向固屬正確，該草案並輔以行政處罰的方式落實這方面的規範，即於醫療法第 120 條第 1 項增訂對於違反財報編製及簽證、捐贈申報核准規定者處以之罰緩，理論上應能夠有助於改善醫院治理缺乏財務責信的情形。

至於決策執行面向上，修正草案似乎並未特別針對此一面向加以強化，此一立法方向事實上也不難理解，如前所述，我國目前醫院治理的困境主要反映在上述提到的治理團隊以及財務責信這兩個面向上，因此確保有良好的治理團隊及財務責信，的確是改善我國醫院治理的首要任務。

五、醫院治理的新挑戰：醫院社會責任之落實

其實，修正草案除了前述討論針對醫院治理機制作調整之外，還增訂了些屬於醫院社會責任範疇的規定，例如強制醫療財團法人動產捐贈核准程序（醫療法第 36 條）、明定稅後盈餘應優先提升員工薪資待遇及補充短缺人力（醫療法第 46 條），甚至透過調整治理團隊的多元性來強化社會責任的推行，例如增設員工代表於董事會（醫療法第 43 條）、增設社會公正人士於董事會（醫療法第 43 條）。這些修正方向，進一步凸顯本文第二部分所述，醫院治理以追求利害關係人最大利益作為目標之特性，而關於利害關係人的參與及保護，在學理上常被理解為「醫院社會責任」（Social Responsibility of Hospitals）之議題。

社會責任的概念其實也是屬於公司治理相關議題的範疇之一，也就是所謂的企業社會責任或是公司社會責任（Corporate Social Responsibility）。一般而言，企業社會責

[43] 然而，在立法技術上，相關條文可能需要再審慎評估，例如透過設置監察人及公益監察人的方式，在公司治理的領域中有不少批評認為監察人制度無助健全於公司治理，因此是否在醫院治理的領域中亦可能有相同的問題。

任是指企業承諾遵守道德規範，對經濟發展做出貢獻，以改善員工及其家庭、當地社區、社會水平為目標[44]。而一旦被應用於醫院治理的脈絡，就成為所謂的醫院社會責任。雖然目前學說和實務對於醫院社會責任這個名詞還沒有普遍性的定義，但有學者認為其核心內容在於有效利用有限醫療資源，以提供有效的服務，並妥善經營利益關係人的利益[45]。

至於醫院治理與醫院社會責任的關係是什麼，乍看之下或許會讓人覺得醫院治理本身就是反映醫院社會責任的概念，但實際上這兩者間的關係比較像是透過後者去強化前者，也就是說醫院治理有了適當的運作機制後，仍需要醫院社會責任時時刻刻去監督醫院治理有沒有變質，即使達到良好的醫院治理狀態也並不當然等於醫院不需要再進行醫院社會責任的承擔。

從上述的討論可以發現，雖然醫院社會責任與企業社會責任都強調照顧利害關係人，但兩者的核心概念是不同的，企業社會責任的目的在於改善整體社會經濟環境，醫院社會責任則以提供服務本身為核心，強調的是如何去妥善運用醫療資源來經營利害關係人的利益。具體而言，醫院社會責任其實包含許多不同的內容，會因為對象的不同而有不同的責任。本文採取的觀點是以這些責任是消極性（passive） 或積極性（active）來作區分[46]。消極性的的社會責任只要求醫院去達成社會或市場目標，也就是說只要符合法律規範或一般道德標準即可，即使醫院有能力去設定更高的標準，也不必將其設為目標。例如創造財富和促進就業、保護所有股東（即政府之於公立醫院）的投資、保護所有利益相關者的利益、尊重人權、消除環境破壞（即處理有毒廢物）、遵守法律等。而積極性的社會責任則是要求醫院進行有益他人的行動（出於行善動機的義務），並非單純遵守法律及一般道德標準即可。例如：實施道德行為準則、推動反歧視政策、管理決策和績效指標的公眾問責、保護研究動物利益、積極為環保做出貢獻、參與國家或國際團結方案[47]。

以我國現行法規來觀察，可以發現到我國其實已將許多的醫院社會責任以法律明定，強制醫療機構應負起應有之社會責任，例如醫療環境應保持衛生安全（醫療法第 24 條）、醫院建築應具備防火避難設施（醫療法第 25 條）、公立醫院、醫療財團法人及醫療社團法人應提撥一定比例之收入結餘辦理研究發展及社會服務（醫療法第 29、

44 角維穎，證券市場企業社會責任發展現況簡介，證券暨期貨月刊，30 卷 3 期，頁 5 (2012 年)。

45 Hsieh SC, Chiu HC, Hsieh YH, Ho PS, Chen LC, Chang WC, *The Perceptions and Expectations Toward the Social Responsibility of Hospitals and Organizational Commitment of Nursing Staff*, 24(3) The Journal of Nursing Research 249, 250 (2016).

46 Brandão C, Rego G, Duarte I & Nunes R, *Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance?* , 21(4) Health Care Anal 390, 390-402 (2013).

47 進一步言之，醫療機構為了要維持經營，其勢必要如同企業一般，在競爭的醫療市場中維持一定的獲利，才能生存下去。即便是非營利醫院也不可能完全不獲得利潤，否則在醫療成本提高時將會產生營運困難。醫院是公共衛生體系之中不可或缺的角色，對其廣大利害關係人應善盡企業社會責任，才能獲得社會大眾認同，民眾信賴醫院是因為認為醫院是為了人們的健康而存在，同時醫院也需增加院內員工的向心力，才能夠去提升競爭力，使醫院經營得以在競爭激烈的醫療產業中穩定存續。

46、53 條）、醫療法人對其不動產處分應經主管機關核准（醫療法第 36 條）、人體試驗應善盡注意義務（醫療法第 79 條）、醫療廢棄物應妥善管理（廢棄物清理法）等。觀察這些法規範，可以發現許多條文都是以保護病人或潛在的病人的權益為基礎，顯示醫療法對病人這樣的利害關係人角色具備高度的重視，然而，針對其他的利害關係人卻缺乏應有的保護機制。

面對這樣的情形，可以發現醫療法修正草案有朝這個方向在補強，無論是透過員工代表制度或是勞工董事制度，其出發點乃在於強化員工作為利害關係人應在醫院治理上有參與的角色。又或者是，修正草案介入醫療財團法人的盈餘使用，要求稅後盈餘應優先提升員工薪資待遇及補充短缺人力，透過法規來改善醫護勞動環境的問題，這方面也是保護員工作為利害關係人的方式之一。又或是為了彌補財務責信機制的不足，修正草案對於醫療財團法人捐贈動產要求必須由主管機關來做把關，以保護有限的醫療資源，避免其遭到不當的濫用。

然而，較為可惜的部分是，該修正草案明顯的是聚焦在醫療財團法人醫院的治理問題，對於醫療社團法人的法制只有非常少數的修正條文有碰觸到，而對於其他類型的醫院包含公立醫院的法制環境更是幾乎沒有碰觸到。事實上醫院治理不善的問題其實在醫療社團法人及公立醫院裡亦屬可見，只是在社團法人並非完全非營利的本質上，醫院治理的正當性會在醫院擁有者與利害關係人間的界線上產生模糊的情形，無法單純的以保護利害關係人的觀點來進行醫院治理。而在公立醫院屬於行政體系的管制之下，並未如同私立醫院有明確的治理團隊與結構，要套用醫院治理的機制在運作上也有一定的困難。因此，如何將醫院治理理論調整適用到醫療社團法人及公立醫院則是值得進一步研究的問題。而本文所探討應如何建構良好的財團人醫院法制環境會是關鍵的第一步，事實上筆者所期待的財團人醫院法制環境是能夠具備有高度自律的空間，甚至是能夠發展容納多元利害關係人參與治理，因此現階段對於財團法人醫院治理的改良能夠將對於未來我國醫療環境有相當大的影響力。

六、結語

醫院治理的機制上主要會透過治理團隊、決策執行、財務責信這三個方面來處理，但是只靠這三者並不足以達到良善醫院治理。因為上述這三者其實在公司治理也有類似的機制來使公司正常營運，但醫院治理雖然與公司治理不同，醫院實際上沒有所謂的股東，醫院經營所要追求的目標不在於為股東追求利益極大化，而是追求利害關係人之最大利益，這也是醫院治理在其治理機制外應該要具備核心價值。也就是說，醫院治理主要是為了利害關係人治理，醫院治理的首要目標是維護利害關係人的權益，這部分也就是醫院社會責任的內涵。特別是作為本文論述核心的財團法人醫院，其利害關係人的範圍就相較於其他類型之醫院顯得明確許多，由於其乃基於公益之目的而設立，是以利害關係人當然就是回歸到就醫民眾，此利害關係的觀點即是貫穿本文之核心。

而針對本次修法背景觀察，對照公司治理是為了股東利益，因此公司法相當保護股東的權益，反觀醫院治理是為了利害關係人，然而現行醫療法卻對利害關係人的權益保障不足，主要集中在病人的保護上面，對於其他利害關係人的利益則有待補強。行政院 106 年度提出的醫療法修正草案中，其實可以看出其已經在這方面有所著墨，例如董事會新增員工代表、財團法人醫院稅後盈餘優先補充人力、動產捐贈應經過主管機關核准等。

我國醫療法在醫院治理機制的三個面向上都有涵蓋到，而對於較薄弱的部分，醫療法修正草案也加以補強。然而法律是屬於消極的社會責任，僅依靠這種社會責任是無法健全我國的醫療產業的，因為法律規範其實有其極限，即使以更嚴格的標準來制定法律，仍然會有遺漏之處。因此，本文贊成修法擴大將醫院社會責任納入，然而醫療產業是高度自治的行業，即便修法也只是補破網，要徹底改善還是得靠醫院自身去實踐醫院社會責任。

綜上所述，本文期許無論是醫療財團法人及其他類型之醫療機構，都應該要重新去思考自身的醫院治理目標，進而定位其自身的社會責任，而不是僅以遵守法律即為滿足。尤其是財團法人醫院屬於公益法人，理應具備高度的自律為原則，不宜棄守自律而全面採用他律之法，此亦為筆者之期待。因為醫療資源是有限的，然而病人的需求卻是無限的，應如何去權衡就必須依據各醫療機構本身定位的治理目標來判斷，只有透過良善的醫院治理，才能對整體醫療環境有所改善。

七、參考文獻

外文部分

Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. , From Corporate Governance To Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management, 68(1) HEALTH POLICY 1(2004).

Rotar AM, Botje D, Klazinga NS, Lombarts KM, Groene O, Sunol R, Plochg T, The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries, 16 (Suppl. 2), BMC HEALTH SERV RES (2016).

BOHEN L.S., YOUR ROLE AS A TRUSTEE (1995).

Alexander J.A., Lee S.Y. , Bazzoli G.J., Governance in health systems and health networks, 28(3) HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW 228 (2003).

Rob Flynn, Clinical governance and governmentality, 4(2) HEALTH RISK AND SOCIETY, 155 (2002).

MAGDI R. ISKANDER & NADEREH CHAMLOU, CORPORATE GOVERNANCE: A FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION 6 (1999).

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMEN (OECD), OECD PRINCIPLE OF CORPORATE GOVERNANCE 11 (2004).

Keyvanara M., Sajadi HS., Social responsibility of the hospitals in Isfahan city, Iran: Results from a cross-sectional survey , 4(8) INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH POLICY AND MANAGEMENT (2015).

Rhodes, R. A. W., The new governance: Governing without government. 44 (4) Political Studies 652 (1996).

Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals (3rd ed. 2007).

Andres, P. D., Azofra, V., & Lopez, F.,Corporate boards in some OECD countries: Size composition, functioning and effectiveness, corporate governance. 13 (2) AN INTERNATIONAL REVIEW, 197.

Geoffrey C. Kiel Gavin J. Nicholson, Board composition and corporate performance: How the Australian experience informs contrasting theories of corporate governance. 11 (3) CORPORATE GOVERNANCE 189 (2003).

Jensen, M. C., The modern industrial revolution, exit, and the failure of internal control systems. 48 (3) THE JOURNAL OF FINANCE 831 (1993).

Hillman, A. J., Dalziel, T., Boards of directors and firm performance: Integrating agency and resource dependence perspectives, 28 (3) THE ACADEMY OF MANAGEMENT REVIEW 386 (2003).

Yeh, Y. H., Lee, T. S., & Woidtke, T., Corporate governance and performance: The case of Taiwan. 12(1) INTERNATIONAL REVIEW OF FINANCE 21 (2001).

Shortell, S. M., and J. P. LoGerfo, Hospital Medical Staff Organization and the Quality of Care, 19 (10) MEDICAL CARE 1041 (1981).

Goes, J. B., and C. Zhan., The Effects of Hospital–Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance, 30 (4) HEALTH SERVICES RESEARCH 507 (1995).

Molinari, C., M. Hendryx, & J. Goodstein, The Effects of CEO–Board Relations on Hospital Performance, 22(3) HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW 7 (1997).

ALEXANDER, J. A., CURRENT ISSUES IN GOVERNANCE (1986).

KENNETH RAY WHITE & JOHN R. GRIFFITH, THE WELL-MANAGED HEALTHCARE ORGANIZATION (7th ed. 2010).

Jiang HJ, Lockee C, Bass K & Fraser I., Board Oversight of Quality: Any Differences in Process of Care and Mortality?, 54 (1) JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT 15 (2009)

Joshi, M. S., & Hines S. C., Getting the Board on Board: Engaging Hospital Boards in Quality and Patient Safety. 32(4) JOURNAL ON QUALITY AND PATIENT SAFETY 179 (2006).

Wei, Y. J., Chung, K. P., & Cheng, S. H., The evolution of healthcare quality assessment: From accreditation to report card system, 24(4) TAIWAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 275 (2005).

Cemal Zehir, Fadime Çınar, Halil Şengülc , Role Of Stakeholder Participation Between Transparency And Qualitative And Quantitive Performance Relations: An Application At Hospital Managements, 229 SOCIAL AND BEHAVIORAL SCIENCES 234, (2016).

Norman Daniels, Just health: Meeting health needs fairly, 86(8) CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS 397 (2008).

Daniels, N. & Sabin, J., Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers, 26 (4) PHILOSOPHY & PUBLIC AFFAIRS 303 (1997).

JOAN M. HUMMEL, STARTING AND RUNNING A NONPROFIT ORGANIZATION 100 (1980).

Hsieh SC, Chiu HC, Hsieh YH, Ho PS, Chen LC, Chang WC, The Perceptions and Expectations Toward the Social Responsibility of Hospitals and Organizational Commitment of Nursing Staff, 24(3) THE JOURNAL OF NURSING RESEARCH 249 (2016).

Brandão C, Rego G, Duarte I & Nunes R, Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance? , 21(4) HEALTH CARE ANAL 390 (2013).

中文部分

劉俊海，股份有限公司股東權的保障，初版 (1997 年)。

中國醫藥大學附設醫院，醫療品管的深耕活動 醫療界的 QCC 實務，初版 (2011 年)。

嚴玉華、楊鎮維，醫院治理機制與效能之研究，臺大管理論叢，23 卷特刊期 (2013 年)。

程新生，公司治理與戰略控制，初版 (2015 年)。

行政院研究發展考核委員會，國內非營利組織管理法規之研究 (2001 年)。

角維穎，證券市場企業社會責任發展現況簡介，證券暨期貨月刊，30 卷 3 期 (2012 年)。

其他

中華民國行政院網站， http://www.ey.gov.tw/News_Content2.aspx?n=F8BAEBE9491FC830&s=390F7D3E7DE1034E

中華民國行政院網站，https://www.ey.gov.tw/news_Content.aspx?n=4F2A6F26A44C68AC&sms=FF87AB3AC4507DE3&s=42CF3C8D55FB86E7

Internal Revenue Service (IRS)，https://www.irs.gov/forms-pubs/about-schedule-h-form-990

台灣醫療改革基金會，http://www.thrf.org.tw/archive/1194

自由時報，http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/865144

Call for Paper

《法律與生命科學》七卷二期

專題：生醫法律研究的多元方法論—經驗與反省

《法律與生命科學》七卷二期（表定 2018 年 12 月出刊）將延續一期之徵稿專題「**生醫法律研究的多元方法論**」，邀請學者專家針對所使用的研究方法做介紹、反省、分享與展望，帶動國內法律（尤其生醫法律）科際整合進一步的、本土的討論。期待學界先進撰寫 6,000~12,000 字（本文）左右的文章，從您的研究經驗提供寶貴的見解！

來稿將進行雙向匿名審查、通過後刊登。提供以下九點參考議題（無須依順序或標題撰寫），本刊也會鼓勵審稿人從這些面向給予意見：

(1) 您個人的學術養成背景，尤其如何培養自己具備該研究方法之能力？
(2) 該研究方法的主要內涵？促成您使用該方法的背景與動機為何？該方法在學界的現狀（主流？邊陲？是否與特定學術流派或文獻相連結？）
(3) 在您具體研究的經驗中，遭遇過哪些實際的困難與挑戰？這些困難與挑戰，是否反映該方法在理論上本來即具有的限制，還是反映一些台灣研究環境特有的本土性因素？
(4) 該方法是否還具備應用於其他領域或議題的可能性？（您覺得該方法對您自己的學術規劃或對我國整體法學研究的未來展望？）
(5) 法律社群如何看待您的相關研究（包括方法、結果）？
(6) 與傳統釋義學的關係？（互補？對抗？無關？）
(7) 對司法實務的（潛在）影響？
(8) 對立法與政策形成的（潛在）影響？
(9) 給其他（可能使用此方法的）研究者的建議？

期待來稿，共襄盛舉！