

專訪省立豐原醫院

——院長 許國敏

張運德 黃炳勳

問：請問目前豐原醫院的狀況？

答：省立醫院分爲甲、乙兩類。甲類是屬於兩百床以上，像省桃、台北、新竹、台中、台南、花蓮幾所醫院。而乙類像豐原、苗栗、彰化。

我們豐原醫院有內科、外科、小兒科、婦產科、耳鼻喉科、皮膚科、眼科、牙科、實驗診斷科、放射線科、急診室、護理室、藥劑室、社會服務室、總務室、會計室、人事室。

我們的沿革是在民國七十二年四月三十號。那時行政院有一個加強農村醫療保健的四年計畫，每一縣市設立一個省立醫院，就在台中縣設立豐原醫院，剛開始只有一百床（實際上只有八十八病床），九十四個編制人員。後來業務成長，七十六年才擴編成現在的一百三十五張病床，其他加上加護病房、嬰兒房共約一百八十張病床，有一百二十八個人員。

問：一個省立醫院的經費是如何運作？

答：省立醫院都有二筆經費，一個是公務的經費（由政府編列的，大部分是人事費用）像薪水、辦公的事務費；其他的經費像循環基金的經費預算，是我們營運的收入，用作大型計畫像蓋一座復健大樓。

剛開辦時是用公務投資，而以後的設備是用基金的錢。盈餘的百分之八十列爲獎勵金，以前有個上限，主治醫師是一萬六千元，後來提高到二萬四千元做爲獎金的上限；而實施專勤制度服務獎勵金的辦法把上限取消，原來上限是二萬四，現在把二萬四做爲基本獎勵金，那麼剩下來的稱爲服務獎勵金。

問：以上似乎偏重在醫師方面，至於其他工作人員如何？

答：第一年其他工作人員都沒有獎勵金，而引起不滿，現在改爲百分之八十裏面的百分之十五提撥給其他人員。

問：院長是如何來管理整個醫院？

答：一個省立醫院由政府（納稅人）的錢來投資硬體，好像一個公司，老闆出錢，你們這些夥計就好好地幹，你經營的錢就是你的，比自己開業風險更小，所以少部分的幾個業績上升的醫院就是基於這種經營理念管理下，這都是一種良性循環，即業績愈好醫師越願意幹，大家就愈想做；業績不好，大家都還在外面兼差，病人不會上門，我們提供愈好的服務病人就愈願意過來。

獎勵金制度的改變就造成醫院整個的發展，從七十三年度到七十七年度成長百分之三百六十六。

我是在民國六十九年在省立南投醫院開始當公務



附件一 本院編制員額表

合計	社會服務員	人事助理員	人事室副主任	人事室主任	會計佐理員	會計主任	雇員	辦事員	護士	護士長	營養員	檢驗員	技師	藥師	住院醫師	住院總醫師	主治醫師	室主任	科主任	秘書	副院長	院長	職稱
128	1	2	1	1	2	1	5	7	41	7	1	5	3	5	9	4	13	5	10	1	1	1	員編額制
121	1	2	1	1	2	1	5	7	39	7	1	5	3	5	9	4	11	5	9	1	1	1	員實額有
																			眼科主任正送審中				備考

員，以前在東勢開業，我對農村醫療比較感興趣，在南投醫院三年，正好豐原醫院開辦八個月便由我接任院長，而我的管理理念是把它當成一個企業機構，我採取的方法叫做企業化的系統管理。有幾個原則：

第一：認識組織內外的各種環境。認識院內工作人員的心態、背景；外面的環境是都市型的地區嗎？民衆的需求是什麼？跟地方上的關係如何？正面、負面的都要仔細考慮、評估及分析。曉得醫院內外環境以後，你要訂定你的管理方針來運用院內人員。

第二：行銷策略的確立。環境認識後還要有行銷策略，叫做醫療的市場行銷，把醫院當作一個市場，生產的產品有多少？服務的市場範圍在那裏？像我們豐原醫院來講：豐原、石岡、大雅、后里、新勢、東勢、卓蘭…等，生態學上叫做自然的生態。所以台中縣可以分做三個生活圈：第一個是台中市生活圈（包括台中、烏日、太平、部分的潭子、部分的大雅）；另外一個區就是海線的：以沙鹿光田、沙鹿童綜合爲中心（包括龍井、烏溪、沙鹿、大甲、清水…等）；另外一個就是豐原圈。而生活圈和醫療圈是密不可分的。

第三：確立標的人口達成預定目標。可由生活圈曉得我們的標的人口是五十萬人，估計一個國民一年生四次病，民衆的就醫行爲。因爲不是生了病都要到豐原醫院來，東勢也有好幾家醫院，我們是二級的，而三級的應該到中山、榮總去；一級的應該到一般開業醫去，另外密醫、草藥…等也都考慮。推算應該到我們醫院的就診人次。去年我們該來的病人已達百分之四十八的目標率；可是若要滿足到百分之百，我們還要增設到三百二十床。產業、經濟、交通都得考慮，沒有這個需求便不能盲目擴建。

而最大的影響因素可能就是保險，保險愈普遍民

衆就醫就愈普遍。交通愈發達就愈方便；可是交通太發達便使得該留在豐原的跑到台中去，在台中的就跑到台北去，因素相當複雜，估計完後再決定我們目前的狀況要不要發展那一科。

第四：二十年計畫。以上評估後便朝二十年計畫發展，病床數三百二十八。然後針對需求，好比農村地區，如何提供我們的產品？我們要推廣衛生教育活動、基層醫療院所的連繫輔導、東勢農民醫院及卓蘭農會診所的輔導、開設群體醫療…等等。和開業醫做轉診制度、不定期的會議、發行豐原醫訊。我們提供的並不只是效率，更要求品質。

而最重要的是管理要合理化。有些事情是跨科室的，可能要用矩陣雙欄式的管理，好比感染控制和檢驗師、藥劑師、醫師、護士…等都有關係。再來就是電腦化。電腦可以在三個層面發揮作用，第一個是作業階層，事務性的工作像列印報表公保、勞保。另外一個是在管理階層，這個醫師一個月看幾個病人，受歡迎程度如何？有沒有濫開藥？偏好開某種藥？有否異常現象？而決策階層如市場範圍那些病人是用我們那些的服務，好比卓蘭地區利用我們服務是生產的多還是外科的多？胃腸疾病多呢？人次如何？而該來的病人沒有來是爲什麼？也許我們知名度沒有打開？這些都是人力所無法達到的。然後是績效分析和檢討。問：那院內人員升遷情形如何？流動情形如何？

答：我們醫事人員升遷上是以內升爲原則，培養自己的人來當然有些來不及培養的便需要外來的。我們這邊有後用人（等待用的這些人）即人才的儲備庫。另外那一科室要加強、挖角，像我們目前很缺乏骨科醫師。

流動率來講，在上面還沒有正式實施專勤以前，我們醫院自己要實施專勤。我剛接院長的時候有七個

醫師，裏面就有六個醫師在外面開業，當時只有三個願意專勤，大家硬拼幹出來的。當時獎勵金完全以你做多少而分配，並保證不開業簽切結書（如果不提出切結書便得提出辭職書）再加上我及副院長只剩下五個人，所以那時一下子流動率很高。

但是業績馬上發展，馬上又有年輕醫師補進（所有省立醫院我們分得的利潤最多）。

我們的醫師夠而省府卻不准增加其他人員，這樣便不能順利推展業務，所以我們有約雇人員，是用我們的基金而不是用省府的錢，一年一聘，沒有公保只有勞保，同工不同酬，所以一有缺我們便優先錄取成爲正式人員。

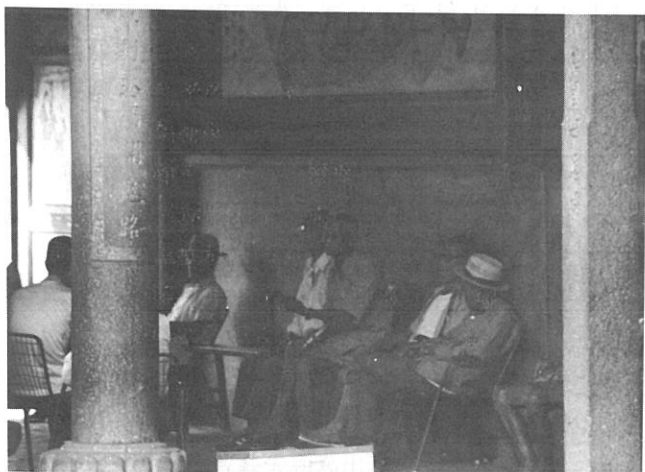
爲了儲備人才我們有錄取稍微多的醫師，目的在培養醫師。譬如說我們沒有麻醉科醫師，我們便要一個麻醉科的R進來送去受訓；我們缺乏整形外科的醫師，便送一個外科醫師去受訓，所以進修的經費編得還不少。我要求各科主任每年提出發展計畫，好比牙科有人要發展矯正、口腔外科等。

問：院內人員除了忙碌的工作外，福利如何？

答：有關員工福利方面我們有個福利委員會，並不光是爲了錢，並不能光靠喝酒的方式；還要有不同的活動，我們辦舞會，發公文到各機關、學校要他們提供未婚男性專科以上的資料，過濾後邀請他們過來開派對；還有小型自強活動、烤肉晚會、聯誼晚會，Piano bar，我們又開了一個托嬰中心，鼓勵醫師住宿舍，大家像一家人一樣。

問：本院有沒有發生過醫療糾紛的問題？

答：沒有一間醫院沒有發生過。可能是我們的錯，也可能是病人的誤解。由我們醫院整體和他面對面談，不能完全教醫師來談，我們提出充分的說明，不能用吵的方式，否則沒有辦法解決問題。

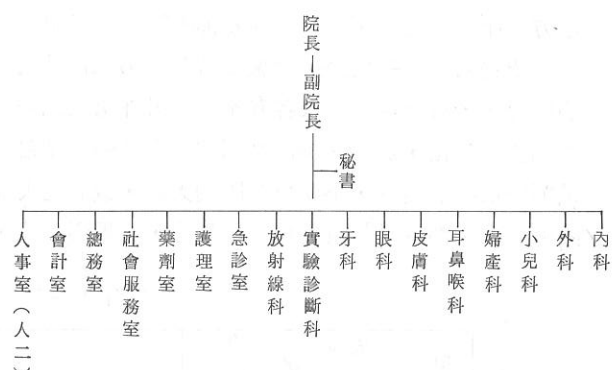


非常幸運地，以前在我開業過程中沒發生醫療糾紛。我認爲主要原因在於我們對每一個病人都付出愛心，即使病人不幸死亡家屬還是一樣感謝你。

我一再地跟院內醫師講，即使是簡單的病人吊點滴感到不舒服，你一定要去看看，我們的手是最溫暖的，最簡單的肢體語言。你的手有沒有放在病人手上，講同樣一句話，病人的感受完全不一樣。連聽筒放在病人胸前也是一種肢體語言表示關懷。

我剛接院長時，便希望並要求院內同仁放棄那種撲克臉，像掛號小姐不可太兇，護士小姐不可直呼病人姓名…等，必須態度和藹，多關心病人。

附件二 本院組織系統圖



問：請院長能否談一談個人的學經歷、生活狀況…理想…。

答：我是國防醫學院畢業的，在軍中都是一個命令一個動作，那時求學過程就這樣混過去了。在大學我也很好玩，我小時候是跳芭蕾舞的和踢踢舞的；而國防醫學院的輕音樂隊是我開始創立的，所以在學校裏面功課並不是很好。真正接觸是在我畢業以後，因爲外島沒有什麼消遣，只有看書，回來以後當住院醫師，我走的是胸腔外科，轉到八〇五醫院以後十年退役，準備把軍中練的一把刀大有作爲。

我的家是在苗栗的卓蘭。八〇五是在東勢，所以我便在東勢開業，可是開業以後就發覺到整個醫療體系有問題。真正我開的胸腔病例才三個，而且都很危險，但都沒有死亡，可是我開刀晚上就睡不著，壓力很大，那時沒有轉診制度，病人沒有地方送，自己要進修沒有管道，連找個人討論都沒有辦法。有很多該開刀的病人怕危險，或是經濟、觀念上的問題而不願意開刀，還有急救的病人來不及送到醫院就死亡…。看的病，做的事情層次是愈來愈低，好像是愈來愈笨，所以雖然我個人賺錢，可是技巧會生疏，而新的東

西我又沒學到，所提供的服務有所限制，該開刀的病人爲什麼不開刀，急救的病人爲什麼會來不及……

有個機會到日本去，偶然買到一本書（它是我的老師，影響我的後半輩子），是世界辭村醫學會的文章。我認爲要解決我碰到的問題應該要效法這本書。有一次我拿了醫師公會補助獎學金到日本去，回來以後拼命寫文章，結果一個開業醫變成了一個改革者。

六十八年參加國建會。六十九年九月三日接到電話，準備要我接省立南投醫院院長。於是便展開了農村醫療的實驗，於是我和太太商量給我十年的時間推展我的理想。

整個農村地區居民能夠得到妥善的醫療保健，這是我追求的目標。這是整個人權基本的保障，不論種族、性別、國籍，或是宗教信仰，每個人不論在什麼地方，什麼時間，都應該得到妥善的醫療保健服務。

依我看，第一個醫療設施要普遍。第二個是人才的培育，各科醫師的需求各有不同。另外第三是醫療行爲要倫理化，那些藥該開？那些病人該轉診？最後是醫療層次的建立，不要小診所開大刀，或者是大醫院開小刀；然後是醫療費用要合理化，管理必須企業

化，達到你付出適當的費用得到完善的醫療照顧。

後來從南投醫院調至豐原醫院，到今年十月三十日剛好滿八週年，所以還有兩年的時間利用。

譬如說醫療設施的普遍化、資訊化。最後要完成的便是綜合性的社區醫療，要預防疾病增進健康，早期診斷早期治療，復健……我的觀念是走出醫院的大門，發掘民衆的需求，提供適當的服務，推廣衛生教育，結果提高民衆的醫療衛生常識，增進他的健康。

印製老人宣傳手冊，檢查以後貼上他個人的報告，患了什麼病，應該注意什麼？每年舉行阿公、阿婆健康資訊座談，面對面的派醫師、護理人員和他們溝通，提供服務，這就是早期診斷早期檢查的方式；而治療是傳統的醫院服務，防止惡化。最後便是復健的工作。

目前場所不夠只開設復健門診，長遠計畫我們是要設置八十八床的復健大樓。因爲鄉下農村地區的人比都市地區的人老化快十年。在可預見的未來，公元二千年台灣地區老年人口達到百分之八，人口老化問題對整個社會、經濟、家庭都大大的影響。就診次數多、治療時間長，造成整個醫療經濟上的危機。像農

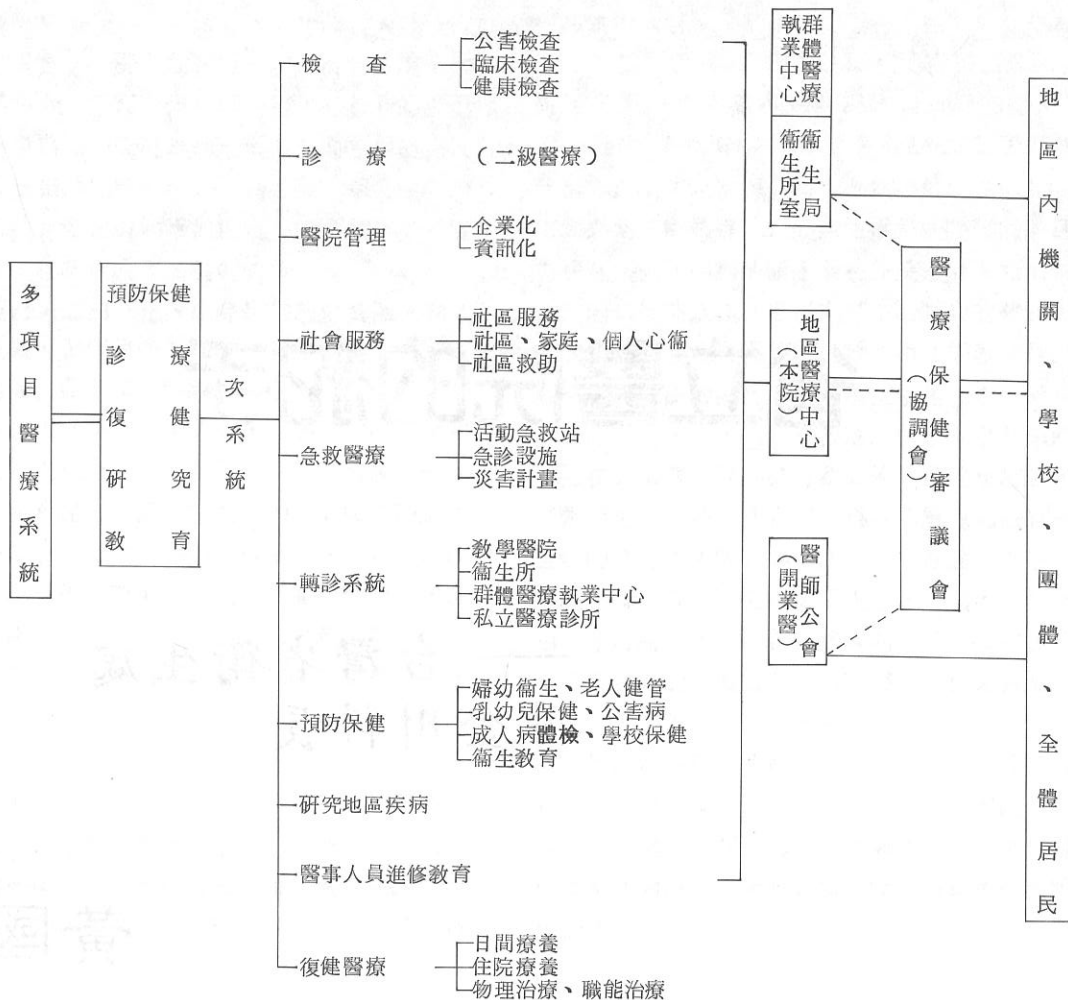
73年度~77年度業務概況統計表

項 目	成效統計 年度	成 效 統 計				
		73.	74.	75.	76.	77(76.7~77.4.)
門診人次	總 數	37,806	80,490	96,897	109,178	108,982
	成長百分比%	100	212.9	256.3	288.9	288.3
急診人次	總 數	2,694	3,484	3,696	4,951	5,903
	成長百分比%	100	129.3	137.2	183.8	219.1
住院人日	總 數	10,607	25,859	24,639	29,070	31,077
	成長百分比%	100	239.1	232.3	274.1	293
病床利用率	總 數	54.49	78.92	76.65	86.15	75.48
	成長百分比%	100	144.8	140.7	158	138.5
手術人次	總 數	405	975	1,152	1,269	1,255
	成長百分比%	100	240.7	284.4	313.3	309.9
生產人次	總 數	117	393	546	619	710
	成長百分比%	100	335.9	466.7	529	606.8
總 收 入	總 數	30,076,232	97,883,749	104,043,295	115,164,094	110,072,631
	成長百分比%	100	325.5	345.9	382.9	366
藥費比率	總 數	57.86	48.65	43.41	47.42	52.5
	成長百分比%	100	84.1	75.03	81.9	90.7

備註：總收入及藥費比率爲76.7~77.3。

附件四

地區醫療中心多項目醫療服務系統



保開辦，將來病房都被這些老年慢性病人佔滿，所以必須鼓勵老年病人回家。

我們復健大樓完成後提供日間照顧服務 (day-care)；還有短期住院 (short-stage)，這樣臥病不良於行的病人當家庭有事一時照顧不來，便可以短期住院；還有由受訓醫護人員提供 Home-care 服務。

以上是我們自己醫院的新構想，我想在剩下的兩年內努力實現綜合性的社區醫療，是一種前瞻性的做法，我們預估十年、二十年後確實有這個需求，能做多少算多少。

問：那兩年後院長打算做什麼？

答：我想跟我內人環遊世界一週，退休後家在台北，可以寫點書，把醫院的管理、資料……寫下來，分三部份：第一期是我開業的情況；中期是醫院的管理；下期則是批評、比較缺失和寫出未來。

當然我本身喜歡畫畫、雕塑，在我退休後可以有較多時間從事。在開業的時間沒能好好陪著內人，而做公務員時為了一點理想在這邊亂搞，所以後半輩子要好好補償一下。

最後一些建議提供給你們年輕人。大學教育最重要的是教你如何思考，要能批評對與不對。因為我們要求醫師們每年提出研究計畫，研究論文來，他們卻常常沒辦法做到。研究計畫要怎麼寫？如何從事研究計畫完全沒有概念。我就覺得很奇怪，所以如何發掘問題？如何解決問題？不僅是在做醫學研究，而且在管理上也是重要的思考體系，這些訓練不夠的話，便只能把你知道的、書本上的硬套進去，這是不對的。應該是把能收集的資料平均來下個判斷，我本身也沒有受過這樣的訓練，我完全是看書，有機會去拜訪這些寫書的人；參加短期的演講、課程，不論人文科學或是行為科學，對將來都會有幫助。記住醫學只是一個小小的部分！