



衛福部醫事司李偉強司長應慈濟醫學教育日之邀請，對當前的環境對醫學教育的影響進行演講。攝影／楊舜斌

永保初心

當前醫療環境對醫學教育之衝擊與展望

口述／李偉強 衛生福利部醫事司司長

做為醫學生，無庸置疑是最優秀的一群人，優秀的人依著正確的方向行走，貢獻會很多；倘若走偏，將是另一個災難。

做或不做、都會或偏遠的選擇

醫學生在接受醫學教育這六、七年當中，對於他將來的醫師養成以及觀念引導有著決定性的影響。我們從供給面與需求面，來探討會影響醫學生的幾個因素。從供給面來看，醫學院校的數目受到高度管制，目前醫學生上限約為一千三百位，已經維持十年以上。很多院校都想要擴班、甚至是成立新的醫學系，這個議題爭論很多次，答案還是「先不要增加」，但是我們無法預知明、後年會發生什麼情況。

從 PGY (Post Graduate Year, 畢業後進行一般醫學訓練) 的數字來看，每一百位畢業的醫學生大概有五位不走醫療這條路，而是轉換跑道從事音樂、法律，或是投身基礎研究。這些人「想開了」，過了幾年可能又想回來。PGY 的制度現在是一年，以後將變更為兩年，某種程度也形成另外一道關卡。在專科醫師訓練的科別選擇上，現在不是患寡、而是患不均。醫療的分工越來越精細與專業，早期就是大內科、大外科，慢慢演變為內、外、婦、兒，現在是廿三個主專科。內科就分為十個次專科，耳鼻喉科有三個次專科，心臟科裡更有專門做心導管、專做超音波等等。

早期習醫，人人都想盡辦法留在醫院，希望當上主治醫師，同時努力爭取教育部的部定教職；現在情況不同了，接受訓練完之後就離開去開業，影響到醫師的分布。就診所來說，

澎湖第一家心導管室於日前正式開幕，澎湖是離島、有給付點值保障（給付點值為醫療院所向健保署申請醫療服務給付的費用基準，通常一點等於新臺幣一元，偏遠地區會有浮動加值），但是當地只有六十八位開業醫師，所以現在很多人去澎湖、金門等地開業，如果是你，要留在都會區還是非都會區？

醫療之路 莫忘初衷

最近我常常處理急診壅塞的問題，但反觀從一九九八年到二〇一三年九月，十六年來醫師人數增加了百分之五十二，而床位數增加百分之四十五，增加的比率跟南韓並駕齊驅；反觀歐洲體系國家，醫師增加的幅度開始往下降。由此可知教育部對於新增醫學院校暫時比較保守的原因。

全臺灣廿三科醫師平均年齡是四十八歲，婦產科為五十四歲；如果六十五歲為退休年齡，那十年之後就是這群主力準備退休的時候，未來十年更要好好規劃。現在有一個很大的問題，內外科七成的醫生都在醫院執業，可是兒科將近有六

近年醫療環境丕變，衛福部醫事司李偉強司長說明當前政策與醫療環境，提供醫療人員與醫學生參考。
攝影／楊舜斌



成是在外面的診所，很多人在訓練完之後就去開業了。在醫院裡面照顧兒科病人非常辛苦、風險又高，相對到外面的風險沒這麼大，而且最近幾年健保署慢慢調整給付，醫院與診所一併調高，讓開業的誘因更大。二〇一三年兒科住院醫師招收率谷底反彈、達到八成多，可是過三、四年訓練完之後，他們願意留在醫院照顧新生兒與早產兒嗎？可能未必。

婦產科也有類似現象，現在最大的問題是雖然有婦產科醫師，卻不從事「生產業務」。花蓮有慈濟醫院守護著，臺東沒有醫學中心，我時常搭飛機前往臺東，因為只要有一位醫師離職或是發生醫療糾紛，醫院馬上就沒有婦產科，其他醫院容易形成骨牌效應，我就要趕快先去「滅火」，並將其他三家醫學中心的支援給派去。醫師從事一次生產的醫療服務，健保給付點值在三萬五到四萬點之間，可是被打折扣再加上浮動點值後，醫生充其量只拿一半；一旦發生醫療糾紛，賠償金都是兩百萬起跳。再加上臺灣一年廿萬個新生兒就已經很不得了，對岸一年是一千兩百萬個，接生一次為五至八萬元人民幣，相對於我們的三萬五千「點」，臺灣真的是把健保當成社會福利去照顧民眾。

關於醫療過失，現在正在修的是醫療法八十二條之一，希望能把刑責合理化，但是困難重重，即便如此，臺灣現在已有生育事故補償。婦產科是醫療糾紛比較高的科別，但從二〇一二年開始，因為生產而造成的傷害，都由政府來補助。因此效果產生了，二〇一一年時，關於生產的醫療糾紛有數十件，到二〇一二年減少至個位數；最重要的是經過和解、補償之後就再也沒去提告了，讓大家都很有肯定。

這幾年的政策慢慢把總容額（各專科醫師訓練醫院所招訓之第一年住院醫師訓練總名額）往下降，但是降下來之後，小科雖然很快就額滿了，卻也沒有很多人往大科擠，寧可觀望。這種情況影響到他們的學弟學妹，並沒有解決人力的問題。風險高的科別大家不願意去，因為一賠之後就不得了，急診甚至還有暴力問題。現在的資訊太發達，以前我們在醫學院校的時候，只想到趕快把書念好；可是今天不管是 ptt（批踢踢 bbs 站）也好、FACEBOOK（臉書）也好，都流傳許多



相關的資訊，在學生時代影響很多同學選科的想法。

當醫師在選科的時候，並不是只選擇生活品質相對好的科別，別忘了當初受袍時宣讀希波克拉底誓詞的內容。醫師與其他的行業有很大的差別就是「使命感」，這份使命感是什麼？就是當初為什麼要選擇這個行業其中的關鍵，同樣的道理也適合於其他醫事職類人員。就收入來說，這一行已經不像廿、卅年前，甚至老師輩當時這麼好，可是別忘了選擇這個志業的時候，最初的理想是什麼？

工時與人力的消長 醫療的瓶頸與出口

工時，不單純只是工作時間的問題，它還包括整個醫師的訓練在內。醫院最常見的模式是白天上班、晚間值班、第二天再上班。醫護值班的時候要看運氣，有時運氣好事情不多、或者是小事；運氣不好事情就真的很多，整個晚上睡不了覺。

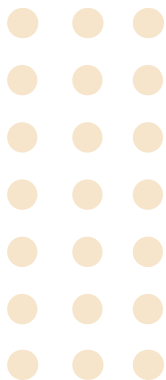
美國醫師目前的工時是「八十加八」小時，每週以八十小



林威佑醫師是衛生署的公費醫師，他到玉里慈濟醫院服務，為偏遠醫療注入新血。
攝影／黃詩雲



外科系醫師很容易超時工作，求才日益困難。圖為大林慈濟醫院陳金城副院長（中左）、花蓮慈濟醫院外科部李明哲主任（中右）在住院醫師招募說明會上，和慈濟大學醫學系實習醫學生進行座談。攝影／魏瑋廷



時為主，最多不超過八十八小時，搭配「大夜班制度 (night float)」，招募更多甚至是國外的醫生進來。在美國普及的「大夜班制度」，就是找一位白天不用上班、精神充足的醫生來專門值晚上十二點之後的夜班。研究論文告訴我們，美國做了工時限制之後，它對於醫師養成方面有很大的影響。工時限制對睡眠時間並沒有明顯改善，表示醫生下班之後不一定在睡覺，他有可能會上網或是做其他研究；但工作時間減少，生活品質與病人照護品質變得比較好，可是對醫師訓練來說，便會覺得自信心相對不夠。這一兩年有更多的論文證明，工時限制確實可以減少因為疲勞產生的問題，但是也降低自信心；另一個麻煩是交接班太多，還會增加主治醫師值班的時間與成本等。

根據醫院評鑑蒐集的資料來看，臺灣多半的中大型醫院可以達到三天值一班、週六半天，週日休假，至少每週可以休



息一天；一天基本工時十小時，值班後一天八小時。這其實是很辛苦的，臺灣的目標是值班後休假，第二天可以完全休息，至少休息四、五個小時，下午再上班。連續工作時間盡量在廿八小時以下。

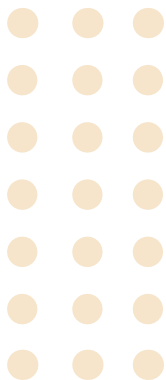
目前會每週工時會超過八十八小時的科別以外科系為主，所以我們需要更多的補充人力去協助這些外科系的醫師。在臺灣，我們目前還不能接受國外醫師；也覺得不能再增加醫學院學生，所以只能找很多的輔助人力，臺灣現今只有專科護理師，還沒有醫師助理。現在真的是住院醫師難求，很多的醫院、包括慈濟體系，都由主治醫師加上專科護理師一起值班，不管是白天在手術室或病房進行照護，或是晚上能多一雙手幫忙，專科護理師扮演了很重要的角色。專科護理師學會希望近期之內能夠修法，把專科護理師從傳統護理師業務中獨立出來。

按照目前評鑑的數字來評估，缺少一位住院醫師就以兩位專科護理師來遞補，醫師想要降低工時，就需要更多的專科護理師投入。從一九九七年開始為護理人員納入勞基法努力，那時候護理人員有七萬名；現在全國有十四萬名護理人員執業，經過十五年、補了一倍的人力的努力之後，二〇一三年底才將護理人員全部納入勞基法。所以我相信有一天醫師也可以達到勞基法規範的工時標準，只是短期之內一定有困難。

很多醫院主管告訴我「李司長、你不要給我錢、給我人就好」，因為現在有錢找不到人。原本可以找公費生，可是二〇〇八年最後的公費生也已慢慢畢業，二〇〇九年開始就不再招生了。許多完全依賴公費生的醫院包括過去的輔導會體系、衛生福利部的部立體系，再一兩年之後就沒有公費生，只剩下山地離島偏遠地區還有公費生。這個部分，護理方面做得更成功，現在有「偏鄉護理兩百菁英」計畫，培養出大量公費生來紓解護理人力缺口。

學習溝通的能力 反璞歸真的藝術

暴力與醫療糾紛牽動許多醫生選科的意願，影響最大的是外科、內科與婦產科，能夠解決這兩個問題，才能讓醫師不



再畏懼選擇這些科別。從生育事故目前的補償辦法來看，我覺得蠻有希望的，希望再陸續擴大到外科系，最後到內科系。同時進行修法，防止醫療糾紛走上法律化，因為任何的暴力事件對醫療來說都是最傷害的。對於醫護人員使用暴力，不管是準公訴罪也好、半公訴罪也好，都是一種嚇阻的效果。沒有人會希望真的用到罰則，因為病人沒有特別理由去攻擊醫護，除非是喝醉酒的人。

現在整個醫療制度在改變，衛生福利部也做了很多的努力，不管是改善急診暴力、醫療糾紛，或是一些給付的不足、工時等問題，最重要的仍是溝通。溝通的學習看似知易行難，因為社會整個大環境正走向一個溝通不足的情況。現在很多學弟妹不願意打電話給我，他們都寫「LINE（手機通訊軟體）」傳給我。Email 好像是上個世紀的事情，這個世紀是用 LINE 或 FACEBOOK（臉書）；可是我們跟病人溝通的時候不是用 LINE 來溝通！更不是靠 FACEBOOK，而是要與對方面對面、眼神交會。所以目前處理的醫療糾紛案件，很多原因都是溝通不良，不管是醫生跟病人、醫師對醫師，或是醫師與護理師，都應該將溝通放在醫學教育裡。倫理很難去教、溝通也很難教，並不是找個溝通大師來上課就好。透過實地演練，讓醫學生去義診、去面對病人，那就是最好的倫理教學。溝通，也不是透過 LINE 來討論我們如何去做，而是讓學生早點到醫院去跟病人接觸。

現代的社群媒體改變了整個溝通型態，某種程度來說是醫療糾紛的主要來源。這麼多優秀的醫師，經過多年的努力，難道就因為一次的溝通沒做好，就讓一切辛苦都付諸東流？這是多麼可惜的事。希望透過醫學教育以及所有院校的努力，把溝通的教育做好，因為若到了醫院再學，有時候會來不及，這是保護所有的醫師與醫學生，當然也保護我們的病人跟家屬。相信只要永保當初行醫的理念，只要有心，醫療還是可以透過不斷地調整與努力，實現理想，守護這個世代。（整理／沈健民）