



# 兒童次專科的凋零 = 危重症病童的危機

文／兒童醫院 新生兒加護病房及病嬰室 主任 林鴻志

**自** 1995年健保開辦以來，醫院為了生存發展，不得不注重成本會計，許多地區醫院鑑於設置兒科的成本相對較高，故紛紛緊縮相關業務，甚至放棄兒科。

區域級以上醫院雖因評鑑需求，必須設置兒科，但近年來社會環境丕變，醫病關係緊張，年輕醫師傾向選擇錢多事少離家近的科別，以致內、外、婦、兒、急診科現在全都一樣，住院醫師急速減少，兒科主治醫師經常必須下海值班，門診、住院和輪值三頭燒。

## 兒科已先天不良，次專科又後天失調

兒科另一特殊狀況是住院醫師在訓練期間要值班，兒科病童多，又多以急症為主，進出院速度很快，病歷記錄的負荷較重，再加上侵入性的檢查較少，未來執業的收入勢必會受到影響。在多重因素夾擊之下，住院醫師更加招收不易。

已在醫院煎熬了3年的兒科住院醫師們，看到一些次專科如新生兒科、心臟科、血液腫瘤科、重症加護病房的醫師，經常在半夜還要趕到醫院，診治病情有變化的小病人，

不免心生畏懼。因此，除非有強烈的熱情和使命感，兒科住院醫師多不願意投入重症相關的次專科。

這並非台灣獨有的現象，如今舉世皆然，但因台灣的人口出生率太低，產前超音波太進步，公共衛生及疾病預防做得太好，兒科重症病人大為減少，使得重症相關次專科缺乏新血注入的問題特別明顯。以新生兒科醫師為例，因新生兒出生數銳減，更是首當其衝。附表為近10年來新生兒科的醫師及相關次專科的研究員人數，可見其嚴重性。

	新生兒科醫師	兒科急診醫學 受訓醫師	兒科重症醫學 受訓醫師
2003年	214人(100%)		
2010年	91人	28	23
2012年	57	19	20

## 兒科紓困有方案，就看能否付諸行動

上述現象該如何解決？個人認為方向有二：

### ● 提高兒科各次專科醫師的待遇

日本已編列約18億美金預算，執行提升兒童醫療照顧與促進健康成長的10年計畫，在全民醫療給付方面，相同的醫療項目，兒

童的給付為成人的2-6倍，讓醫院可以因為符合成本效益而願意提供兒童更好的醫療服務。重賞之下才有勇夫，此一計畫並要求醫院確實提高兒科醫師的待遇，尤其是值班費。

#### ● 增加專科護理師並放寬法規限制

各大醫學中心招不到新生兒科、心臟科、血液腫瘤科、重症加護病房的研究員已是常態，沒有研究員，很多臨床常規工作與病歷記錄就必須由主治醫師親自處理，住院醫師看到了，更不願意申請這些次專科，結果就是不斷的惡性循環。

先進國家的經驗顯示，專科護理師或醫師助理和主治醫師的共同照顧，照顧成績甚至會比研究員更好。這是很容易理解的，在臨床照顧病人時，經驗非常重要，特別是新生兒加護病房的疾病種類較不複雜，但是氣管插管及經皮靜脈穿刺、胸部穿刺、腦部心臟腹部超音波掃瞄等技術，必須由對此十分熟稔的專業人員來執行，方可有效避免併發症。

相對來說，住院醫師因為必須遵守制式的訓練計畫，第2年以上的住院醫師1年不過是2-4個月到各次專科，當然不可能要求他們的照顧和有兩年經驗的專科護理師相比。遺憾的是，國內雖然已有專科護理師的編制和法規，但法規比較保守，有些侵入性的檢查，專科護理師是不能做的，因而無法充分發揮功效。

若要解決問題，兒科醫學會應聯合其他有需要的次專科醫學會，舉辦公聽會，促使現行法規適時鬆綁，給予專科護理師和先進國家相同的執行權，以利臨床照顧品質的提升及促進各次專科的均衡發展。唯有如此，兒童的醫療照顧才能維持一定的水準，甚且更為精進。希望關心兒童福利與兒童醫療品質的醫護人員都能重視這個議題，以免兒童次專科醫療的發展長期失衡，致危重症病童無法得到更好的醫療。

#### 人才斷層大問題，慎防病兒無醫可看

國內兒科人才斷層，造成兒科次專科醫師平均年齡有高齡化的趨勢，不久的未來，現任兒科次專科醫師將逐漸退休，又少有新血加入，醫療人力將更為不足，孩子生病住院，可能面臨無兒科醫師可看的困。

在此呼籲政府與社會儘早關心及處理這個問題，針對兒科高風險、高付出卻缺人力的現狀，給予兒科應有的給付與支持。其次，要讓年輕醫師願意投入兒科醫療，先決條件是提供兒科醫師良好的工作環境及合理的工作量，以免兒童健康權益因醫師人力不足而受損。⊕

