

醫師的教、考、用

與談人：陳彥元

國立臺灣大學醫學院附設醫院教學部主治醫師兼副主任

「教、考、用」一直是所有專業領域所重視的議題。所謂「專業」(profession)，指的是「具備獨特或無法取代的專門技術」、「經過內部認證及外部認證」、「執行業務時具備自主權」及「承擔責任」。顯然，醫療就是定義下的專業，醫師就是定義下的專業人員(professional)。

「教、考、用」看似是個專業一個連續性的脈絡，首先，在學校階段被多數人（或是政府相關單位，如：考試院），視為是「教」的一環。此階段，學習者的學習成效與教學者的教學品質非常重要。教學者必須與時俱進教導學習者，使之具備符合專業要求的核心能力，以投入專業領域的工作。隨著學校中「教」的階段結束，跨出學校之後，將進入「考」的階段，抑就是透過公正、公平、公開的考試制度，以選出符合專業領域要求的人才，投入專業領域的職場中以服務社會。這個階段，如何有好的考試制度，以挑選出合適的人才，成為本階段最關鍵的議題。「用」則是這個專業連續性的脈絡的最後一階段，也就是被錄取於專業領域的人才，如何可以在適切的位置發揮所長，成為這個階段的關鍵。

然而，醫師的「教、考、用」的脈絡，遠比上述所提及其他專業領域更為複雜。醫師專業的「教、考、用」，事實上由大學入學考試即開始「考」的階段，包含各種進入醫學系的考試方法，像是學測、指考、繁星、希望入學、海外招生及僑生等等方式，莫不希望以各種多樣化方式招收到最適合在未來擔任醫師的人，進入醫學系就讀。緊接著是「教」的階段，也就是漫長的六年至醫學系課程學習，內容涵蓋共同科目、人文科目、基礎醫學與臨床醫學，除了沉重的課程學習之外，在這個「教」的階段，還有「考」的過程安插其中，也就是醫師第一階段國家考試。目前各醫學系的課程，沒有通過醫師第一階段國家考試，仍然可以進入臨床醫學課程擔任實習醫學生，繼續學習。然而，在完成所有醫學系課程後，若要參與醫學臨床技能測驗及醫師第一階段國家考試，則必須先通過醫師第一階段國家考試。通過了考試院所舉辦的醫師第一階段國家考試、醫學臨床技能測驗及醫師第一階段國家考試後，僅僅是確認醫學學習者達到可以進入醫療專業的門檻而已，至於這個「考」的階段並沒有結束，在進入「用」的階段前，還必須接受各醫療機構選才的住院醫師招考，才能進入各醫療機構擔任專科住院醫師，為醫療機構

所用的「用」的階段。經過 3-7 年專科住院醫師訓練所謂「用」的階段，完成住院醫師後，還必須接受由衛生福利部透過各專科醫學會所辦理的專科醫師考試，通過之後，才成為各醫療機構的專科或次專科主治醫師。這是醫師這個專業跟其他專業在「教、考、用」上的差異。

我們先從醫學系階段的「教」開始。教育部針對醫學系課程的內容，並沒有明確規範醫學系學生該修習什麼科目或每一個科目幾學分。但是的確在「國外大學或學院醫學系科學歷採認原則」提及，國外醫學系畢業生必須修習過與我國醫學系核心能力及核心課程相當之課程，內容包括：基礎醫學的解剖學、胚胎學、組織學、微生物免疫學（含寄生蟲學）、生理學、生化學、藥理學、病理學、公共衛生學等科目及其臨床相關知識；臨床醫學的內科、家庭醫學科、小兒科、皮膚科、神經科、精神科、外科、骨科、泌尿科、麻醉科、眼科、耳鼻喉科、婦產科、復健科等科目及其相關臨床案例與醫學倫理。因此，在醫學系教學課程的內容與品質，均透過財團法人高等教育評鑑中心的台灣醫學院評鑑委員會（Taiwan Medical Accreditation Council，簡稱 TMAC），以每 3 年或 6 年評鑑一次。每一次評鑑均分成共同通識人文組（2 位委員）、基礎與課程整合組（2 位委員）及臨床醫學組（5-6 位委員），分別針對機構、課程、教師與醫學生進行實地訪視。每一位評鑑訪視委員均是醫學教育領中學有專精的資深學者，足以勝任機構、課程、教師與醫學生評估。透過台灣醫學院評鑑委員會評鑑的方式，維持每一個醫學系同中存異的教學，不僅維持同樣高品質的要求，卻又讓各醫學系保有自己的特色。其次，透過台灣醫學院評鑑委員會的評鑑，避免了過去重科學、輕人文的現象，讓所有接受評鑑的醫學系，不僅僅注重基礎醫學與臨床醫學的表現，更重視共同通識與人文課程的教學。

「考」的階段在考試院所轄下為醫師第一階段國家考試、醫學臨床技能測驗及醫師第一階段國家考試。相較於過去僅聚焦於基礎醫學與臨床醫學知識性的測驗，現今的醫師執照國家考試亦聚焦於會不會做，亦即自 2013 年起將醫學臨床技能測驗納入國家考試的範疇。雖然工作場域評估（Workplace-Based Assessment，簡稱 WBA）漸漸成為最受信賴、最有效的評估方式，但由於對每一位學生均進行工作場域評估將會經費支出龐大、所需要的人員眾多且評估的信效度令人存疑，故折衷將評估會不會做改為在模擬診間及標準化病人，以測試醫學系畢業生會不會做的能力。這充分呼應了，醫師的養成不僅僅必須培養其知識的能力之外，態度與技能亦受重視。

關於「用」的階段，可以分成數個面向加以討論。首先，醫師總額控管必須符合社會的醫療需求。這包括了醫學系入學時的總額管制，過

去都是由教育部對於醫學系設置及招生總額進行管制。然而，過去幾年來，總額管制的默契被打破，包括由衛生福利部主導每一年增加 100 名醫學系學生的公費生計畫，以及 2022 年透過 TMAC 預審後教育部核准新設立招生的三家公立大學學士後醫學系，究竟容額是暫時性的計畫容額，抑或是常規性打破過去總額管制默契的正式永久名額，莫衷一是。因此，監察院於 2021 年 7 月 16 日發布新聞稿表示：「教育部規定自 111 學年度起『增設醫學系』改由醫學院評鑑委員會（TMAC）進行預評，惟此調整措施決定程序未盡公開透明，且預評機制效力為何亦未見公開說明，決策過程涉有特定人士把持之虞，顯有未當。另國人對於醫師總人力、各專科、偏鄉及原民地區醫師人力的需求，有待權責機關確實評估，以符合社會發展與環境變遷之需要。監察院促請教育部、衛福部共同檢討與改善。」顯然，對於是否該總額管制或是管制名額應是多少，政策面向取決於人口總量增減、人口老化所增加醫療的程度等等，誠如監察院所提及，相關單位如教育部與衛生福利部，甚至於學界，都應該好好坐下來談，為台灣醫療的長久發展，必須更謹慎、更無私。

此外，除了總額管制的討論之外，各專科所需的醫師人力總數，應該做更精準的推估，莫讓各專科醫學會一味的只是繼續縮減專科名額，以確保已經在該專科拿到專科醫師資格醫師的權益。專科醫師更精準的人力推估，主要還是倚賴各專科醫學會與衛生福利部合作，當然，學者以更嚴謹的態度研究各專科醫師人力分布，以了解哪些地方需要人，哪些地方需要。