

有這個必要嗎？

陳志鴻 理事長

台灣醫界有一個特色，醫學會多如牛毛，走在台北街頭一不小心可能就會碰到某某醫學會理事長。

回顧歷史，有些醫學會是成立在台灣有專科醫師制度之前，有些是為配合專科醫師培養和認證而成立，但是有些卻為成立而成立。由於台灣的醫學會屬於人民團體，受內政部管轄，只要有人依規程序發起就可以成立學會並產生理事長，學會成立後如果主事者勇於任事，推動各項活動並嘉惠會員，那麼會員交了會費就不會覺得毫無收穫，可是如果性質相近的學會太多，許多醫師就開始覺得為何要成立這麼多學會？尤有甚者，過去某些學會作風強勢，排他性超強，又喜歡連結健保給付或醫院評鑑形成對各級醫院和醫師不合理的要求和限制，這些狀況內政部無法可管，而衛生主管機關和健保局也樂得在一旁觀戰，已經是弱勢團體的醫界又再內耗下去，真是情何以堪？

理論上醫學會是以學術為核心工作，因此通常在年會上都會重金禮聘國外學者蒞會

演講，可嘆的是某些學會會員不多，在大會的專題演講場上聽眾寥寥無幾，真不知台上下大師級的外賓發表演講時不知作何感想，而贊助來台費用的單位更是『啞巴吃黃蓮，有苦說不出』；這些現象都是來自於「為成立而成立」的學會，只是沒有人會主動提議去解散這種學會。但是如果我們從大局著想的話，資源分散等於浪費資源，因此有識之士也開始問有必要讓這麼多學會繼續耗下去嗎？

過去曾經有某醫學會改選理監事發生糾紛因而難產，也有鬧過雙包案，也有修改章程一再連任者，這些難堪的事發生在醫學界實在令人扼腕而且有損醫界形象，但的確發生了。TSOC擁有優良的傳統和優質的會員，學術活動之推廣普受歡迎，會員向心力強；但是許多會員除了加入本會外，平均每個人另外還要加入至少三個學會，因此許多人開始問自己有這個必要嗎？

這個問題供大家思考！

心臟專科醫師在急重症加護醫學之角色 過去、現在、未來

(急重症加護委員會) 羅鴻舜 主任委員

99 年年度大會中，許多心臟學會會員紛紛反映：在衛生署之醫院緊急醫療能力分級評定表、醫學中心評鑑條文都規定大醫院需有重症專科醫師證書，ACLS 證書…等。復以重症醫學專科醫師聯合甄審委員會〈中華民國重症醫學會、中華民國急救加護醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會〉之成立，身為中華民國重症醫學會之主要成員 -- 心臟學會，並非中華民國重症醫學專科醫師聯甄會之一員。

加護病房裡，常見的疾病分布如下：心臟、呼吸、感染、腎臟、神經…等等重症。上述恰如 ICU Book 第 3 版共 980 頁裡，心臟占 363 頁、呼吸占 211 頁、感染占 87 頁、腎臟占 76 頁、神經占 74 頁。心臟專科醫師及其他急重症加護專科醫師一樣，都會好好處理及照顧心臟重症病患外，並且經常接受加護病房裡其他友科之照會。心臟專科醫師置身重症加護體系不僅是天職而且是責無旁貸。

因此，99 年 7 月 28 日【急重症加護委員會】擬訂二年工作目標及計畫內容：

一、以中華民國心臟學會名義加入中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會〈中華民國重症醫學會、中華民國急救加護

醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會〉。

- 1、由理事長發函給重症聯甄會主委表達加入重症聯甄會的意願。
- 2、舉辦系列重症醫學講座。
- 3、鼓勵心臟學會會員踴躍報名參加中華民國重症醫學專科醫師聯甄會認證課程。
- 4、由學會推舉適當人選參加 99/10/16-17 舉辦之中華民國重症醫學會第五屆理監事選舉，積極加入中華民國重症醫學會理事會。

二、每年舉辦兩次半天 ACLS Renewal Course / EP Course。

三、隨年會及冬季會舉辦 ACLS 暨 SCCM Update Course 邀請上述三友會講師共同授課。

如今，完成的目標是：

- 一、心臟學會推舉人選中有七名理事三名監事順利進入中華民國重症醫學會理監事會。
- 二、99 年 12 月冬季會及 100 年 5 月心臟學年年會舉辦重症聯甄會認證學分課程，會中邀請重症、急救加護、胸腔重症學會

資深講師擔任授課。

- 三、於年會前兩週週六舉辦 ACLS Renewal Course 認證課程（半日）。
- 四、鼓勵心臟學會會員踴躍報名參加中華民國重症醫學專科醫師聯甄會認證課程。
- 五、心臟學會會員參加 99 年度專醫甄試結果：筆試通過率 22/22（100%），口試通過率 14/30（46.67%）

今後之工作目標：

- 一、聯合重症學會、急救加護學會、胸腔重症學會之聯甄會委員，爭取心臟學會成為重症醫學專科醫師聯甄會之一員。
- 二、爭取提高心臟重症講師在聯甄會訓練課程中，授課內容之比重。
- 三、爭取心臟重症講師在專醫甄試中，擔任筆試委員及口試委員之比重。

