

醫事人員人力問題探討

100.05.13

壹、前言

貳、醫事人員制度的基本設計及近年醫事制度的改革

- 一、「醫事人員人事條例」之建制
- 二、分試制度（醫師、牙醫師、中醫師）
- 三、測驗方式的改進
- 四、部分考試類科停辦

參、醫事人員人力問題探討

- 一、護理人力荒
- 二、專技醫事人員與國際接軌事宜有待拓展
- 三、醫療糾紛影響業務執行
- 四、醫療給付不足

肆、政府（考試院）因應作為

- 一、依據醫事人員人事條例精神用人
- 二、強化教考用配合（解決護理人力荒）
- 三、解決高資低用問題
- 四、建立處理醫療糾紛相關機制
- 五、妥適配置護理人力
- 六、健全健保支付制度
- 七、加強醫事人員之國際交流

伍、結語

醫事人員人力問題探討*

100.05.13

壹、前言

醫事工作關係人民之生命財產，故無論是公部門抑或私部門，醫事人力向為社會大眾所關注。考試院職掌文官體制之官制官規，公立醫療機構或政府部門醫事人員之考選或相關法制事宜，向為考試院所重視，且民國 88 年已建制「醫事人員人事條例」之專屬法律。

隨著環境變遷，考試院基於權責，仍在考選、銓敘等方面作了許多改革，諸如醫師、牙醫師及中醫師分別於 99 年、101 年、104 年全面採行分試制度，以選拔學養與臨床經驗兼具者，為人民生命把關；另外，也適時修正「各機關適用醫事人員人事條例職務一覽表」、「各機關師級醫事職務級別員額配置準則」等規定，為公部門引進更多醫事專才。

近日護士荒問題沸沸揚揚，乃站在考試院立場表達一些看法，並請各位指教。

貳、醫事人員制度的基本設計及近年醫事制度的改革

*本文原定講於 100 年 5 月 13 日高雄長庚紀念醫院，惟因事取消。內容已配合新的進度調整。

一、「醫事人員人事條例」之建制

早期我國公立醫療機構係適用行政機關之人事法規，民國 80 年代後期，醫界屢次反映其人事運作難以配合業務特性與需要，形成人事進用及管理上之問題。考試院爰配合公立醫療機構用人之實際需要，修正公務人員任用法第 33 條，增列：「醫事人員之任用，另以法律定之」，其任用之資格要件，與一般公務人員有別。經行政院衛生署擬具「醫事人員人事條例草案」初稿，送經銓敘部協商有關機關研擬完成，於送陳考試院會議通過後，函請立法院審議通過，並經總統於 88 年 7 月 15 日公布，於 89 年 1 月 16 日施行，施行迄今已十餘年。

醫事人員人事制度，與行政機關人事法規差異較大者，主要如下：

- (一) 一般公務人員有官等和職等(第一至第五職等為委任；第六至第九職等為薦任；第十至第十四職等為簡任)，醫事人員則分為師級及士(生)級，師級人員再分為師(一)級、師(二)級及師(三)級。
- (二) 新進醫事人員以自行遴用具專技證書者為原則，也就是以進用「專技考試」及格者為主。行政機關主要則是進用「公務人員考試」及格者。
- (三) 住院醫師採聘用制。行政機關則是基於任務特殊需要才會進用聘用人員。
- (四) 一般公務人員和醫事人員的俸給結構一樣，都包括

「俸」（本俸、年功俸）與「加給」，但是待遇內容不同，醫事人員有單獨的俸級表，待遇稍優於一般公務人員。

（五）醫事人員專業專用，限制轉調（除轉調有案者外）。一般公務人員大都可依據任用法辦理「商調」，惟仍需符合職系限制、考試及格年限等規定。

二、分試制度（醫師、牙醫師、中醫師）

分試制度的推動，包括西醫、牙醫與中醫三大主流醫學，主要目的是為了落實教考用合一，提升專業知能與醫療水準。其中「醫師（西醫）」已在 99 年全面實施單軌分試；「牙醫師」目前尚在分試與一階段考試雙軌併行制度，101 年才全面實施單軌分試；「中醫師」則將自 101 年 7 月開始推動，101 年 7 月至 104 年 6 月三年為緩衝期，採分試與一階段考試雙軌併行制度，104 年 7 月開始全面採行單軌分試制度。簡要分述如下：

（一）醫師

為改進醫師考試制度，並配合教育部等機關推動之醫學教育改進、臨床醫學教育訓練制度改革計畫，自 96 年 1 月開始試採行分試制度，96、97、98 三年為緩衝期，採分試與一階段考試雙軌併行制度，自 99 年 1 月全面採行單軌分試制度。一、二試除基礎醫學科目外，並注重其臨床知識、案例與職業倫理，以期考選出學養與臨床經驗兼具的醫師，為國民生命健康把關。6 年內第二試未及格者，應重新應本考

試第一試。

（二）牙醫師

配合牙醫學系實施問題導向學習（Problem-Based Learning 以下簡稱 PBL 教學法），落實教考用合一，自 98 年 1 月開始牙醫師考試採行分試制度，98、99、100 三年為緩衝期，採分試與一階段考試雙軌併行制度，自 101 年 1 月全面採行單軌分試制度。

（三）中醫師

- 1.鑒於國內已將西醫、牙醫與中醫併列為三大主流醫學，有關 3 種醫師之應考資格、實習規定及執業資格等，均同時於醫師法及其施行細則中加以規範。又為落實中醫師教考用合一，提升考試之信度與效度，考選部爰規劃高等考試中醫師考試分試制度。
- 2.未來擬自 101 年 7 月開始推動分試制度，101 年 7 月至 104 年 6 月三年為緩衝期，採分試與一階段考試雙軌併行制度，自 104 年 7 月開始全面採行單軌分試制度。

三、測驗方式的改進

- ## （一）客觀結構式臨床技能測驗 OSCE（Objective Structured Clinical Examination）納入醫師考試分試第二試應考資格（註：OSCE 推動情形詳附件）

有關 OSCE 的推動，要特別感謝高雄長庚醫院，提供寬敞優質的測驗場地，還有 360 度的攝影。考試院的高考試委

員明見，親自來看過之後，對於長庚醫院提供的場地讚不絕口，在此對長庚醫院協助國家考試的舉辦，表示高度感謝之意。

近年來醫學教育的方向除了傳統醫療知識傳授外，更著重以病人為中心的技能訓練與態度的培養，臨床技能測驗便是以模擬測驗的方式，藉由情境模擬實作的過程來評量醫學生的臨床技能、態度與專業素養等。加拿大(1992)、美國(2004)、南韓(2009)等，皆已在醫師國家考試中加入 OSCE。

行政院衛生署為配合考選部政策，對於臨床實作成績考評事項，將增加 OSCE 項目，並修正「醫師法施行細則」第 1 條之 1，且於 100 年 2 月 14 日進行法規預告¹。考選部將俟 100 年全國醫學校院聯合 OSCE 試辦結果，再行決定是否將 OSCE 納為 101 年第二次醫師國考之應考資格，並配合修正醫師考試分試考試第二試應考資格，報請考試院審議。

未來除配合 OSCE 納入醫師第二試應考資格外，將賡續研議護理師、牙醫師及其他醫事相關類科之 OSCE，並比照醫師 OSCE 認證方式列入應考資格，以促進醫事人員教、考、訓、用之銜接。

（二）電腦化測驗

電腦化測驗可由電腦即時評閱試卷，使應考人於線上即

¹ 醫師法施行細則業於 100 年 9 月 23 日修正公布，第 1 條之 1 第 2 項規定：「有下列情形之一者，前項考評應包括由中央主管機關認可教學醫院所辦理之臨床技能測驗：一、在國內醫學系或中醫學系選醫學系雙主修，於中華民國一百零一年八月一日以後始能畢業。……」。

時獲得考試結果。目前實施電腦化測驗之醫事人員考試類科，共有 7 種，分別是 96 年辦理之牙醫師、助產師、職能治療師、呼吸治療師、獸醫師；99 年 7 月、100 年 7 月將醫事放射師、物理治療師類科納入實施範圍。此外，101 年 7 月預定增列藥師類科，102 年 7 月增列醫事檢驗師及醫師類科。

（三）實地考試

- 1.基於牙體技術人員執業重點在實務操作，爰參酌牙體技術師（生）業務範圍、國外牙體技術人員考試及牙體技術產學界建議，明定本考試採筆試及實地考試方式行之。
- 2.牙體技術師（生）考試類科之應試科目「牙體解剖形態雕刻」及「全口活動義齒排列」均採實地考試方式辦理，具有高度專業性及複雜性，為使考試順利進行，經公開評估設有牙體技術學系之大學院校結果，部分試務委託臺北醫學大學協助辦理。實地考試之材料費由應考人自行負擔。

四、部分考試類科停辦

（一）停辦獸醫佐、助產士、物理治療生、職能治療生考試
鑒於高職教育體系已停止招收獸醫、助產、物理治療、職能治療人員，為提升醫療品質，保障國民生命健康，並兼顧應考人應考權益，考選部於 95 年召開多次會議研商，專

技人員普通考試獸醫佐考試，98 年起開始停辦；助產士、職能治療生、物理治療生考試，100 年起停辦。

（二）停辦護士考試

教育部為促進技職教育多元化及精緻化，提升技職教育品質，及鑒於醫療服務趨向專科化、全人化等以病人為中心之醫療服務模式，以相關醫護領域專業需求提高，高職畢業生已無法符合醫療服務專業需求，業於 94 年 5 月全面停辦「高級護理職業學校」。考試院基於教考用配合，並兼顧應考人權益，爰配合修正專門職業及技術人員高等暨普通考試醫事人員考試規則第 2 條第 2 項之規定，明定護士考試自 102 年起停辦。

（三）停辦中醫特考

1.90 年 1 月 1 日施行之專門職業及技術人員考試法第 13 條規定，中醫師檢定考試於該法修正公布施行後 5 年內繼續辦理 5 次；部分科目不及格者，准予 3 年內繼續補考 3 次。本條文係由立法委員提出，明確宣示：為落實中醫教考用制度，促進我國中醫長遠良性發展，維持正統教育擇才與檢定考試分流原則。考試院乃配合訂定發布「專門職業及技術人員高等考試中醫師考試規則」，其應考資格為受正規中醫教育畢業並經實習期滿者；並於同日修正發布「專門職業及技術人員特種考試中醫師考試規則」，其應考資格為經中醫師檢定考試及格者。

2.嗣 91 年 1 月 16 日修正公布醫師法第 3 條有關專門職業及技術人員高等考試中醫師考試之應考資格，明定僅限中醫學系畢業、醫學系科畢業並修習中醫必要課程、或中西醫雙主修者得准應試；同條第 3 項並明定中醫師檢定考試及格者，限於民國 100 年以前，得應專門職業及技術人員特種考試中醫師考試。準此，中醫師特考將步入歷史，自 101 年起停辦，中醫師培育已由立法機關確立全面導向正規中醫醫學教育體系。

參、醫事人員人力問題探討

一、護理人力荒

（一）媒體報導情形

1.100 年 4 月 20 台灣醫療改革基金會公佈「血汗醫院」評鑑結果，林口長庚護士最辛酸，如同戰鬥陀螺，醫院獲利是壓榨護理人員的結果；5 月 1 日勞動節，多個勞工團體舉行反貧困大遊行，近 300 名護理人員也參與遊行，抗議超長工時、工作過勞。而依據中華民國護理師公會全聯會對近百家醫院問卷調查，發現近 90% 的醫院表示，護理人員招募困難，醫院護理人員缺額達 10%，醫院只得祭出招募津貼等招數搶人。但實際情形卻是每年有 1 萬 3 千人從護校科系畢業，僅四成投入護理職場；全國有 22 萬人有護理執照，卻

僅有 13 萬人擔任護理人員。

- 2.護理人員為何缺額嚴重，據媒體報導，主要是薪資福利與付出不成正比、工作量大、壓力大。醫院為招募新血、留住人才，私立醫院祭出銀彈攻勢；公立醫院則以「有機會轉正職」為號召，強調公務人員有保障、公家工作環境較安全。但是每年 4 至 6 月仍是護士離職潮高峰，約滿走人，醫院只好年年上演招募新血戲碼。

（二）專家學者及協會、公會觀點

- 1.醫院用人態度：醫院基於成本等考量，一再精簡人力，廣泛使用約聘人員，不用正職人力，並將結餘用於擴建醫院、併購及設備競賽，對任何興革多持負面態度。（衛生署前署長楊志良觀點）
- 2.健保支付制度：醫院九成收入來自健保，健保總額支付制度讓醫院感到經營困難，健保僅對住院編列護理費，但門、急診、加護病房、開刀房護理人力經費都需醫院自掏腰包。（台灣醫院協會觀點）
- 3.醫療法規未符護理工作特性：「醫療機構設置標準」僅以「病床數」計算規定護理人員配置最低標準（地區醫院 4 床須配置 1 名，區域醫院 2.5 床配置 1 人，醫學中心 2 床配置 1 人），未考量每 1 病床須有 3 班制人力照顧、護理人員兼辦行政業務及需要休假等實際運作情形。（中華民國護理師護士公會觀點）

- 4.人力不足惡性循環：醫院緊縮護理人力，護理人員一人當三人用，超時工作、無法休假，離職轉行服務業、空姐或出國工作。（中華民國護理師護士公會觀點）。

（三）問題歸納與分析

- 1.護理人員缺額嚴重、流動率高。
- 2.工時長，且加班為常態。
- 3.工作過勞。
- 4.工作環境不友善。
- 5.護理人力配置應予調高²。
- 6.待遇低。

綜上，依據媒體報導、專家學者以及協會、公會觀點，「護理人力荒」主要原因，係護理人員與病患比例配置不當造成工作負擔過重，專業團體首要訴求皆是人力合理擴充、照護病患合理配置，其次才是薪資待遇³。

護士荒並非台灣獨有的現象，許多已開發國家，由於壽

² 中華民國護理師護士公會全國聯合會理事長盧美秀表示，台灣晚班護士平均一個人要照護十到廿名病，是美、澳、日本等國每人照護六到七人的兩到三倍，不但對護理人員是難以負荷之重，對病人安全照護也是種打壓。參考中國時報，〈護理工作太血汗 九成醫院找無人〉，100年5月11日，A4版。

³ 以相當高考三級及格人員初任公立醫療機構之師（三）級醫事人員為例，待遇為45,265元（一般公務人員則約44,850元）；相當普考及格人員之士（生）級約36,250元（一般公務人員則約35,200元）。媒體指稱之2萬多元，應係醫療機構以作業基金經費，以契約用人方式進用。按醫事人員人事條例所規範者，為公立醫療機構編制內醫事職務之相關「醫事人員」進用、俸級等事宜。至於醫療機構每以人事成本為考量，於「醫事人員」出缺後，以契約僱用人力充補之，待遇難免無法與正式之「醫事人員」相比，亦非考試院（或銓敘部）可掌控。

命的延長、醫療水準要求的提高等因素，也面臨相同的困境，例如美國、德國、日本等⁴，這些國家普遍採取的解決作法是引進外國人才。但這種作法目前在我國尚面臨許多待解決的問題，包括待遇誘因不足、外國人或以外國學歷報考專技醫事人員考試之限制(例如：以中文作答、限九大地區之學歷，其餘地區應先經教育部學歷甄試通過等)等。過去也有人建議引進大陸護士，及對大陸醫事學歷認證。但由於大陸目前醫事教育水準參差不齊，加上受限於兩岸條例等因素，兩岸的醫事交流目前尚處於初始階段，從學術、實務至未來雙贏局面的創造，仍有長遠的路要走，現階段最重要的課題在於先了解彼此制度的優缺點，取長補短，俾維繫醫療品質。

二、專技醫事人員與國際接軌事宜有待拓展

(一) 國外學歷者報考醫師考試之限制

- 1.依醫師法第4條之1規定：「依第二條至第四條規定，以外國學歷參加考試者，其為美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等地區或國家以外之外國學歷，應先經教育部學歷甄試通過，始得參加考試。」前述美國、日本及香港等國家或地區通稱為九大地區，持九大地區以外之外國學歷者，擬報考醫師考試前，應先經教育部學歷甄試通過，始得參加考試。

⁴ 參考聯合報，100年5月11日，A6版。

2.以國外學歷報考醫師考試分試者，僅准予報考第一試（註：醫師自 99 年 1 月全面採行單軌分試制度）。第一試及格者，應依醫師法施行細則規定，繳驗經評鑑合格並辦理臨床實作訓練之醫療機構出具之實習期滿成績及格證明後，始得再應醫師考試分試考試第二試。

（二）外國人報考專技醫事人員考試之限制

- 1.依「專門職業及技術人員考試法」、「試場規則」等規定，外國人可報考醫師、中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、助產師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、醫事放射師、營養師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師、護士等 18 類醫事人員考試，但應考時，必須以中華民國國語文作答。
- 2.以外國學歷報考專技醫事人員考試，應符合我國大學辦理國外學歷採認辦法規定，除學歷為當地國政府權責機關或專業評鑑團體所認可外，修業期限、修習課程等，並應與我國同級同類學校規定相當等條件。另依醫師法第 4 條之 1 規定，以外國學歷參加醫師、中醫師、牙醫師考試者，除前述九大地區之學歷，其它應先經教育部學歷甄試通過，始得參加考試。

（三）在大陸地區取得之高等學校醫事人員學歷不予採認

依臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 22 條規定，在

大陸地區取得之高等學校醫事人員學歷資格，不管是我國人民或大陸地區人民經許可在臺灣地區設有戶籍者，我國均未予採認，無法報考我國相關專技醫事人員考試。

三、醫療糾紛影響業務執行

醫療業務具高度專業性，但因關係人民生命財產，難免引起爭議甚至興訟，影響醫療業務之執行。

四、醫療給付不足

根據台灣社區醫院協會之說法，國外研究顯示，若一家醫院要永續經營，至少要有 8% 獲利率，但根據 96 年財團法人醫院資料顯示，醫學中心獲利率只有 2.87%，區域醫院、地區醫院更低。因此，醫界盼健保挹注以增加護理人力。

肆、政府（考試院）因應作為

一、依據醫事人員人事條例精神用人

公立醫療機構進用之契約人員，並非醫事條例規範之範圍，但公立醫療機構的契約人力卻占了幾近半數人力，他們係依其醫療作業基金之收入來聘僱，其人員進用及管理則依行政院訂定「行政院及所屬各機關學校臨時人員進用及運用要點」辦理。根據銓敘部 99 年 11 月 8 日的統計，公立醫療機構醫事人員總數（含編制及契約人員）為 31,874 人，契約人員總計 14,811 人，占 46.47%，分布情形如下：

主管機關別	契約人數	醫事人員總數	比例
退輔會所屬 醫療機構	3,539	10,677	33.15%
教育部所屬 醫療機構	3,171	6,963	45.54%
衛生署所屬 醫療機構	5,329	8,772	60.75%
臺北市政府 所屬醫療機構	1,925	3,816	50.45%
高雄市政府 所屬醫療機構	547	1,127	48.54%
新北市政府 所屬醫療機構	279	455	61.32%
基隆市政府 所屬醫療機構	21	64	32.81%
合計	14,811	31,874	46.47%

綜合上述，目前各公立醫療機構約有 33%至 60%不等之比率為契約人員，他們並非醫事條例適用對象，其進用亦屬各公立醫療機構權責，考試院一向予以尊重。但相關醫事團體一再陳情，認為契約人員與經銓敘審定有案之醫事人員，兩者領有醫事證書之資格相同，所從事之業務亦同，然享有之權益有別，易使契約人員形成比較之心態，造成士氣低落，從而影響醫療品質。

考試院基於健全醫事人員人事制度考量，將協調或道德勸說衛生署等機關，依據醫事人員人事條例之立法原意，在彈性放寬公立醫療機構用人權之原則下，仍依規定進用醫事人員，以確保人民生命財產安全（註：依考試院第 11 屆第 166 次會議決議，須逐年調降醫療機構契僱醫事人力之進用比例⁵）。

就醫院醫事人力而言，護理人員占多數，是我們確保醫療品質的重要支柱，其人力管理與規劃，絕不能有「工具化」或「商品化」的影子。當我們要求護理人員把照顧工作當成是「天職」時，如果無法提供相對保障(未必優渥)的勞動條件，將留不住優秀的護理人員。

馬總統在 100 年 5 月 10 日出席「民國 100 年國際護師節聯合慶祝大會」致詞時，曾表示政府將籌措至少每年 20 億元經費，專門用來改善護理人力與待遇，除了公立醫療機構人員隨著軍公教加薪調整之外，衛生署也會協調私立醫院為護理人員調薪 3%，部分人員調薪更達 5-10%；並與護理界討論給付的合適方式，例如參考日本的作法，使護理人力

⁵ 有關契約進用人員配置比例偏高問題，依據 100 年 12 月 8 日考試院第 11 屆第 166 次會議決議，依行政院人事行政局開會研商結論辦理：即教育部、衛生署及行政院國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫療機構之職員預算員額總數之空缺比率，扣除一級單位以上主管留職停薪、考試分發列管、機要缺、商調或遴補中等 5 類缺額，至 103 年底 3 年內調降至 5% 以下，並逐年調降契僱醫事人力之進用比例；上述 3 機關至 103 年底，應分別調降至至少 2.24%、3% 及 1.65%。至於地方機關所屬醫療機構併請人事局將會商結論轉請其依規定辦理。另請人事局每年將執行情形依類別提報院會報告。

改善與給付額度之間有連動關係；並且把護理人力的成長，列為衛生署的重點工作。同時改善護理人員的勞動環境，檢視勞僱契約，凡是不合法、不合理的，立即改善，營造和諧友善的工作環境，讓護理人員願意走入臨床並留在臨床，成為醫療團隊的定心丸，提供民眾最好的照顧。未來並將逐年增加署立醫院護理人員的正式員額比例，並以現有的約聘人員優先晉用⁶。

二、強化教考用配合（解決護理人力荒）

前已提及，每年有 1 萬 3 千人從護校科系畢業，但僅四成投入護理職場，全國有 22 萬人有護理執照，卻僅有 13 萬人擔任護理人員。每年新增 1 萬 3 千人護理人力加上未執業之 9 萬人，共計 10 萬 3 千人，人力供給上應不致產生問題。主要爭點還是在醫院工作環境上，諸如工時長、工作過勞、人力配置不妥等，根本解決之道在於醫療主管機關衛生署與醫院領導者。衛生署從制度設計、法規規範及行政作為等面向著手；考試院則配合在人事制度上改進；醫院方面則須願意配合醫療改革，改變財務運用、重視病患權益及珍惜人力資產。

衛生署邱署長在今年 5 月 1 日「致全國各醫院院長之公

⁶ 總統府，〈總統出席「民國 100 年國際護師節聯合慶祝大會」〉新聞稿，100 年 5 月 10 日
<http://www.president.gov.tw/Default.aspx?tabid=131&itemid=24207&rmid=514> (2011/5/11)

開信－醫事人員是我們最珍貴的資產」一文中，就提到將「調高人力配置，降低工作量」，醫事人力之計算方式，不再只計算評鑑當天人力，而改以過去的一段時間（如 3 年內或 4 年內）之人力平均數，作為評鑑計算基礎，以避免醫院只在評鑑前才補足人力的行為，人力配置未達必要項目標準，將列為評鑑不合格醫院⁷。如此將可減少醫療機構以不實人力報表欺瞞的行為。

三、解決高資低用問題

依醫事條例第 3 條及第 4 條規定，各機關所置醫事職務之員額及級別，係依其職責程度及所需專業知能，列入組織法規或編制表，且領有師類醫事證書，取得各類醫事職務師（三）級之任用資格。惟領有護理師、藥師、醫事放射師、醫事檢驗師、助產師、物理治療師、職能治療師等證書人員，雖具有師（三）級醫事職務之任用資格，因各機關師級及士（生）級醫事職務各有其編制員額，且醫事條例第 11 條對於高資低用人員之俸級核敘，已有較為從優之規定，爰渠等之任用仍須視所占醫事職務為師（三）級或士（生）級而定，且屬各機關首長之用人權責。

⁷ 行政院衛生署，〈邱署長謹致全國各醫院院長之公開信－醫事人員是我們最珍貴的資產〉，100 年 5 月 1 日。

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=80389 (2011/5/3)

依據銓敘部 99 年 11 月 1 日調查資料顯示，目前各公立醫療機構士（生）級現職人員約 5,636 人，領有師級醫事專門職業證書者約 5,071 人，占士（生）級職務現有人數 89.98%，其中以領有護理師證書而擔任護士職務者居最多數，約 4,791 人，占有高資低用人數 94.48%（如附表，銓敘部統計，資料日期：99.11.1）

一、依主管機關區分：

各主管機關所屬 公立醫療機構	高資低 用人數	士（生）級職 務現職人員數	比例
行政院國軍退除役官兵輔 導委員會所屬醫療機構	2,534	2,755	91.98%
教育部所屬醫療機構	988	1,007	98.11%
行政院衛生署所屬醫療機 構	955	1,160	82.33%
臺北市政府所屬醫療機構	384	467	82.23%
高雄市政府所屬醫療機構	161	196	82.14%
新北市政府所屬醫療機構	49	51	96.08%
基隆市政府所屬醫療機構	0	0	0%
合計	5,071	5,636	89.98%

二、依醫事人員類別區分：

醫事人員類別	人數
護理人員	4,791 (94.48%)
藥事人員	21 (0.41%)
醫事檢驗人員	139 (2.74%)
醫事放射人員	89 (1.76%)
物理治療人員	23 (0.45%)
職能治療人員	8 (0.16%)
合計	5,071

為解決高資低用的問題，經銓敘部專案小組多次討論後，將採二階段處理：

- (一) 衛生署於 100 年 2 月 9 日已通函各相關機關，凡領有師類醫事專門職業證書而占士（生）級職務人員，應以其所領有之師類醫事專門職業證書所載名稱稱之，並據以佩帶執業執照。
- (二) 擬議「增列師（四）級」及「共用員額」方案，並規劃相關配套方案（註：依考試院第 11 屆第 166 次會議決議，不增列師（四）級，仍以師（三）級任用，並

得搭配其他師級與士（生）級共用員額⁸）。

四、建立處理醫療糾紛相關機制

關於醫療糾紛，有人建議可參照藥害救濟機制。該制度在使用藥物而受害時，得經由法定程序，獲得及時救濟，而為辦理藥害救濟，衛生署並設有藥害救濟基金。此方法或可降低醫療糾紛涉訟情事發生，讓醫事人員更能專心執業。

除此之外，公立醫療機構的醫事人員，依公務人員保障法第 22 條第 1 項規定：「公務人員依法執行職務涉訟時，其服務機關應延聘律師為其辯護及提供法律上之協助。」公立醫療機構醫事人員執行職務涉訟時，其服務機關應延聘律師為之辯護，也可以減低醫事人員的壓力。

⁸ 銓敘部原初步規劃，將於醫事人員人事條例明定，領有師類醫事專門職業證書者，取得師（三）級、師（四）級任用資格；除擔任師（一）級或師（二）級醫事職務外，領有醫師、牙醫師及中醫師之師類醫事專門職業證書者，以師（三）級任用，領有其他類別之師類醫事專門職業證書者，以師（四）級醫事人員任用（相當薦任第六職等），日後由各機關（構）本於用人權責，依其職務歷練及工作情形，以辦理陞遷方式陞任師（三）級醫事職務。另士（生）級之醫事職務，未來則單純進用僅具士（生）類醫事專門職業證書之醫事人員；現行領有師類醫事專門職業證書而擔任士（生）級職務之醫事人員，則改任師（四）級。惟依據 100 年 12 月 8 日考試院第 11 屆第 166 次會議決議，採行行政院衛生署建議「具師類醫事證書者以師（三）級任用，並得搭配其他醫事職務師級與士（生）級共用員額」之提案，以逐年漸進方式解決高資低用問題，辦理年限以 5 年為期，並俟本院審議通過後，函請行政院移由衛生署邀集相關機關研擬配套措施，以落實解決。

五、妥適配置護理人力

護理人力不足問題主要原因，係護理人員與病患比例配置不當造成工作負擔過重。衛生署於 100 年 3 月 28 日、4 月 22 日召開會議，邀請護理等 14 類醫事人員之公、協會及學會團體討論，均同意調高護產人力配置標準，一般病床，每 4 床應有 1 人以上，修改為 50 床以上的醫院每 3 床應有 1 人以上。此問題已暫獲疏緩⁹。

六、健全健保支付制度

依據台灣醫院協會觀點，醫院九成收入來自健保，健保總額支付制度讓醫院感到經營困難，健保僅對住院編列護理費，但門、急診、加護病房、開刀房護理人力經費都需醫院自掏腰包。為疏緩護理人力問題，政府宜從健保財政問題併予檢討，始為根本解決之道。

七、加強醫事人員之國際交流

為與國際接軌，未來考試院在辦理有關專技醫事人員考試時，將併同研究世界各國醫事人員考選、執業等規定，俾預為因應國際接軌事宜，擴展專技醫事人員就業權益。考試院 100 年度委託學者專家進行研究，其中一項專題「我國專技人員證照制度與人才國際接軌之研究」，就是探討相關專技人員國際接軌事宜，未來均將作為醫事人員考選之參考。

⁹ 行政院衛生署，前揭文。

伍、結語

醫事工作關係人民生命財產，醫事人力向為政府所關注。隨著人口結構老化與醫療需求的攀升，護理從業人員的需求不斷增加，但醫院在經營上，朝企業化管理方式。醫院為了控制人事成本，常較廉價的約聘護士來擔任工作。造成護理人員的工作壓力增加，但有證照的護理人員工作越來越沒有保障，工作負荷量越來越大，工作自主性越來越低。

考試院基於職掌專門職業及技術人員考試，考量公私部門人才交流以及政府是一體的，將就相關事宜繼續努力。馬總統在前述 5 月 10 日出席「民國 100 年國際護師節聯合慶祝大會」致詞的最後，特別強調政策「說到就一定要做到」，政府一定會努力改善這些問題，並逐一落實，使更多擁有護理執照的國人願意投入此一行業。台灣的健保制度涵蓋率高達 94%，且擁有最方便、最自由、最經濟、最有效率及滿意度最高等五項世界之最。全國各類醫事人員中以護理人員為數最多，所以護理人員要能樂於工作，才能支持醫界與健保制度長久運作下去，讓我們以此目標共同努力。

附件

客觀結構式臨床技能測驗 OSCE (Objective Structured Clinical Examination) 補充資料*

※考選部推動情形

為提昇醫學教育品質、確保醫療人員專業水準，考選部於 98 年 9 月 29 日依照同年 4 月 1 日台灣醫學教育學會第 7 次 OSCE 小組會議之建議，邀集醫學教育相關學者專家召開醫師考試改進推動小組第 5 次會議，決議自 101 年第二次專門職業及技術人員高等考試醫師考試分試考試起，將 OSCE 納入第二試之應考資格。行政院衛生署爰自 99 年度起，補助各教學醫院建立 OSCE 評估方法之標準作業模式（包含測驗場地、考題建構、標準化病人及考官訓練、評分表制定原則等），並針對各教學醫院之辦理情形，委託台灣醫學教育學會進行輔導認證等事宜。

1. 推動機關：教育部、行政院衛生署及考選部共同委請台灣醫學教育學會，統籌辦理全國醫學校院醫學系

*本項補充資料係參考考選部提供之資料及高雄醫學大學網站資訊整理而成，網址如下：<http://osce.dlearn.kmu.edu.tw/osce.htm> (2011/4/1)

OSCE 事宜。

- 2.OSCE 內容及作業程序：依台灣醫學教育學會規劃完成之 OSCE 標準作業程序，計分 12 間測驗站，其中 4 站為技能操作，8 站為標準化病人（Standardized Patient,SP）就不同情境表演，由考官在場內就考生之表現和處置情形評分，主要內容包括病史詢問、資料蒐集、身體檢查、與病人的應對技巧以及各項情境操作技術等。其各站施測時間（包括換站與讀題 2 分鐘、測驗 8 分鐘）、考官指引、評分項目……等。
- 3.試辦考試日期：台灣醫學教育學會試辦 100 年全國醫學校院聯合 OSCE 於 100 年 4 月 23 日、24 日、30 日及 5 月 1 日，分別在臺灣大學等 14 個合格 OSCE 考場（不含義大醫院臨床技能中心）同時舉行 4 天，考選部與教育部及行政院衛生署共同組成訪視小組至各考場了解 OSCE 實施情形。
- 4.相關配套措施：行政院衛生署為配合考選部政策，對於臨床實作成績考評事項，將增加 OSCE 項目，並修正「醫師法施行細則」第 1 條之 1，且於 100 年 2 月 14 日進行法規預告¹。考選部將俟 100 年全國醫學校院聯合 OSCE 試辦結果，加以檢討改進後，再行決定

¹ 醫師法施行細則業於 100 年 9 月 23 日修正公布，第 1 條之 1 第 2 項規定：「有下列情形之一者，前項考評應包括由中央主管機關認可教學醫院所辦理之臨床技能測驗：一、在國內醫學系或中醫學系選醫學系雙主修，於中華民國一百零一年八月一日以後始能畢業。……」。

是否將 OSCE 納為 101 年第二次醫師國考之應考資格，並配合修正醫師考試分試考試第二試應考資格，報請本院審議。

5. 賡續推動 OSCE 適用醫事人員考試範圍：配合將 OSCE 納入醫師第二試應考資格，賡續研議護理師、牙醫師及其他醫事相關類科等之 OSCE 部分，比照醫師 OSCE 認證方式列入應考資格，以促進醫事人員教、考、訓、用之銜接。

※何謂 OSCE ？

OSCE (Objective Structured Clinical Examination，客觀的臨床能力試驗)² 是以客觀的方式評估臨床能力的試驗方式的一種。包含醫療面談及身體檢查的“技能”與“態度”的評估，特別是要維持其客觀性 (objective) 是很困難的，所以在以前被認為無法實行。這裡所謂“高客觀性”的評估指的是：不論是誰都能以相同的基準接受評估，答案正確與否的判斷並不會受到評分者的個人主觀所影響。在 1975 年由 Dr. RM Harden 等人所提出之 OSCE，解決了客觀性的問題，也就能評估“技能”與“態度”。

² Objective：評分者利用詳細條列之預期臨床表現的標準清單 (standardized checklist) 來評估學生。Structured：經過仔細的規劃，所以每位受試者將看到相同的問題，且被要求執行相同的任務。Clinical：每個劇本都代表一個真實的臨床案例。Examination：可作為教學的一部份，提供學生回饋意見，並供教師檢討其教學；亦可當作正式的評分。

過去的醫療專業訓練常被批評為太過仰賴筆試，且臨床能力之評分方式往往過於主觀。證照機構、教師、學生及社會大眾對於這種評量方式表示不滿，這些意見導致新評量技術的產生：將模擬或真實的臨床劇情呈現在學生面前，這些劇情代表學生將來在執業時可能面對的情況，而學生對於情況的反應則被客觀的評估。在這種情況下，不只需要知識，也需要與態度、技巧有關的能力：溝通技巧、解決問題的能力、處理倫理道德上的兩難的能力等。這些經過規劃的經驗可提供學生立即且正式的回饋，也提供教師關於學生對於臨床技能的熟練程度、及對不同臨床情況的態度與反應的資訊，並且提供極具價值之課程評估資訊。雖然 OSCE 極費人力，然而其可靠性及正確性、提供學生能力之評估、以及在其表現之後立即給予回饋，都會顯著提升學生的學習。

※OSCE 評估的價值

- 一、標準化且可以控制：每個學生將遭遇相同的劇情且被測驗相同的事項，這是一個受控制且安全的環境，有助於經驗的學習。學生學會面談及檢查病人，不必冒著對病人造成傷害或不舒服的危險。
- 二、正確性高：預先訂定標準可減少其變數，若經過適當的規劃，病人是標準化的，每個學生面對的都是同一個問題，這提升了評估學生表現時的公平性與可靠性。
- 三、可靠性高：能夠重複的進行測驗而得到相似的評估結

果，且是精確的、普遍的且可再現的結果。病人的症狀、徵候、情緒問題、疾病的複雜度都是固定且已知。