

- 第11屆考試委員及首長著作彙編 • 第二章 考選議題  
頁 II-445 ~ II-473

# 我國醫師考試制度沿革概況

考試委員 高明見

\*本文民國 101 年 5 月發表於《台灣醫界》，第 55 卷第 5 期。

## 一、我國國家考試權簡介

獨立的考試權是我國政治制度的特色，根據我國憲法第 83 條、86 條及增修條文第 6 條規定，考試院為國家最高考試機關，掌理公務人員任用考試與專門職業與技術人員執業資格之考試，依我國憲法五權分立之精神，與行政、立法、司法、監察等四院立於平等地位而獨立行使職權。而公務人員考試，則依用人機關需求，提供錄取名額，為擇優錄取之競爭性任用考試；但專技人員考試，則為擇取一定錄取條件之資格考試。

根據憲法第 86 條明定，專門職業及技術人員執業資格，應經考試院依法考銓定之。而憲法第 86 條第 2 款所稱之專門職業及技術人員並參考司法院大法官釋字第 352 號與第 453 號解釋，係指具備由現代教育或訓練之培養過程，獲得特殊學識或技能，而其從事之業務與公共利益或人民之生命、身體財產等權利有密切關係者而言。因此在專門職業及技術人員考試法第 2 條規定之本法所稱專門職業及技術人員，係依法規應經考試及格領有證書始能執業之人員；其考試種類，由考試院定之。（1~5）

## 二、專技人員考試之建制、沿革

專門職業及技術人員（簡稱專技人員）考試之建制與沿革，首先簡單介紹如後：（4, 5, 6）

1. 第一階段，在民國 31 年 9 月以前，醫師與律師、會計師等專技人員，並未舉辦國家考試，而由主管機關審查登記，發給證書以憑執業。
2. 第二階段，民國 31 年至 37 年，由考選部前身之考銓委員會，依法檢覈，考試則多附在公務人員考試一併舉行。
3. 第三階段，民國 37 年至 75 年，分為高等考試及普通考試二種。早期一次考試考兼取兩種資格。但自民國 72 年起，鑑於專技人員資格考試與公務人員任用考試性質及功能上不同，停止兼取兩種考試及格資格之情形。

4. 第四階段，民國 75 年至 89 年，專技人員考試與公務人員考試分別立法，兩者分別考試、分別錄取。
5. 第五階段，民國 90 年至 95 年，廢止檢覈制度回歸正統考試，刪除檢覈制度與檢定考試法源，中醫師檢定考試亦明訂落日條款。明定應考資格、應試科目，並將醫師考試列為專技人員高等考試。
6. 第六階段，自民國 96 年開始，為精進專技人員考試制度時期。

專技人員考試中，醫事人員考試共有 13 類科，其中高等考試，除醫師外，包括牙醫師、藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、護理師、助產師、物理治療師、職能治療師等 9 類科。普通考試，有護士、助產士、物理治療生、職能治療生等 4 類科，後三種士級考試，於 100 年起停辦，護士考試則於 102 年停辦。其他另有中醫師及法醫師的高等考試。

### 三、醫師考試制度的演變

#### 1. 從甄訓到檢覈考試制度

台灣醫師考試制度經過半世紀以上的演變，歷經南京國民政府時代到台灣光復遷台的變化，以及行憲前後的改變，相當複雜而多樣化。自最早期的甄試制度，先後經過檢覈考試、高考公職醫師考試、特考公職醫師考試，直至目前的專門職業技術人員醫師高考，相當錯綜複雜而多樣化。台灣光復當初，當時醫師人才嚴重缺乏，為快速甄選合格醫師，因應社會的需求，於民國 36 年發布醫事人員甄訓辦法，對已執業多年的人員並未舉辦國家考試，而僅由主管機關審查，採取階段性的申請甄訓，以取得醫師資格，此種申請辦法，為期幾年後即停止辦理。於民國 31 年，政府公佈專門職業及技術人員考試法及施行細則，明訂考試方法分為檢覈與考試兩種，其中檢覈係審查證件，審查是否具有專門學識及執業能力，如審查結果為符合，則准其及格，如所繳證件不足證明其學識與能力，則需予面試或實地考試。但實務上，則以檢覈後免試或檢覈後面試為主。而在民國 57 年前的正式醫學系的畢業生，憑著畢業證書，經檢覈免試，即可換得醫師證書並可開業（3, 6）。

作者於民國 53 年畢業於台灣大學醫學院醫科，依據當時的法規，於同年提送學

歷證件，即醫學院醫科畢業證書（相片 1），給予考試院考選部審查，經審查符合規定，即准予檢覈免試，由考試院發給醫師考試及格證書（相片 2），並於同年以醫師考試及格證書向內政部申請核發醫師證書，於同年民國 53 年 12 月取得醫師證書（相片 3），並具醫師執業資格，所以在醫師法修訂並施行前（醫師法於民國 56 年修訂，於民國 63 年開始施行），所以在民國 57 年以前，只要正式醫學院醫科畢業，憑著畢業證書，即可經檢覈免試而取得醫師考試及格證書，並可藉以換得醫師證書，且可開業。但是此時期以後的醫師證照，除具有規定的畢業資格，尚須經過檢覈筆試考試而取得。所以自醫師法修訂後，醫師資格的取得均以檢覈筆試為主，主要專業科目考試及格，才算檢覈及格。在民國 77 年到 80 年，曾經施行二階段考試，但到民國 79 年又回歸一階段的考試。此種檢覈辦法，於民國 90 年公佈新的專技人員考試法，並於民國 95 年正式廢除該檢覈辦法。但在民國 89 年底前申請檢覈者，得於 90 年至 94 年，5 年內參加筆試，作為落日條款。據統計從民國 39 年至 94 年的 55 年間，經檢覈免試與筆試及格醫師人數高達 39,039 人。所以民國 94 年以前的開業或執業的醫師，大都是屬於檢覈筆試及格者（6）。

根據民國 76 年發布的醫事人員檢覈辦法，規定中華民國國民具有下列資格之一者，得申請醫師檢覈，一、公立或立案之私立專科以上學校，或經教育部承認之國外專科以上學校修習醫學，並經實習成績優良，獲有畢業證書者。二、領有外國政府醫師證書，經行政院衛生署認可者。依規定申請檢覈者，予以筆試，但具有公務人員高考醫事類科及格者，得予免試。當時所定之醫師類科應試科目，分第一、第二兩階段。第一階段：基礎醫學（一）·包括解剖學、微生物與免疫學、病理學；基礎醫學（二）·包括生理學、生物化學、藥理學及公共衛生學。第二階段：一·內科學（包括神經科學）二·外科學（包括骨科學、麻醉科學、眼科學及耳鼻喉科學）三·婦產科學、小兒科學、放射線學、復健科學、皮膚科學、泌尿科學及精神科學，一共考五科。

民國 88 年修正的醫師應試科目，則改為六科目，包括解剖學、生理學、內科學、外科學、婦產科學、公衛衛生學。

於民國 87 年 2 月醫事人員檢覈辦法修正草案中，其申請醫師檢覈之資格為一、公立或私立立案之私立專科以上，或經教育部承認之國外專科以上學校修習醫學，並經實習成績優良獲有畢業證書者，二、領有外國政府醫師證書，經行政院衛生署

認可者。但是，於民國 87 年公佈的專技人員高考考試規則，對於醫師的應考資格，則增加一項，即民國 84 年以前入學之私立獨立學院七年制中醫學系畢業，經修習醫學必要課程及實習期滿成績及格，得有證明文件且經中醫師考試及格，領有中醫師證書者，還有中醫學系選醫學系雙主修畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書，且經中醫師考試及格，領有中醫師證書者，還有一項為經高等檢定考試醫師類科及格者，均得應專技人員醫師考試高等考試，而此時期的應試科目，又更改為：基礎醫學（一）、基礎醫學（二）、內科學（一）、外科學（一）、內科學（二）、外科學（二）並加進臨床實例考試。

## 2. 公職醫師高考與專技人員醫師考試併行至分別舉行、分別錄取

另外於民國 64 年起，在公務人員高等考試中增設公共衛生醫師，經過此種高考，則能兼取得公職醫師考試與專技人員醫師考試兩種資格。同時，專技高考及格醫師，可以轉任公務人員的法律，係因在舊考試法中，規定兩項考試的應考資格及應試科目皆相同。所以其及格人員同時取得兩種考試之及格資格，但以公務人員錄取名額以內為限。相對的，公務人員高考及格者，其考試總成績，須達到專技人員高考之錄取標準。然而因為公務人員的任用考試與專技人員的資格考試，兩者的目的、性質與功能迥然不同，如一種考試兼取兩種資格，往往使錄取人數超過需求人數，造成考用難以配合。乃於民國 72 年起，將公務人員與專技人員的高考分別舉行，且兩種考試的應考資格與應試科目不盡相同，當然沒有兼取資格的情形。但到民國 80 年間台灣各公立醫院院所大鬧醫事人員荒，尤其像台大醫院與台北榮民總院，於是於民國 88 年制定的醫事人員條例，其中規定經專技人員高考醫師及格者，並曾實際從事相關之專門職業或技術 2 年以上，成績優良有證明文件者，得轉任薦任第六職等公職醫師（6）（註：依目前醫事人員制度規定，醫事人員分為師級及士（生）級兩級，師級再分為師（一）、師（二）及師（三）級，不同於公務人員有委任、薦任及簡任三官等，以及第一至第十四之職等之分）（5），由於此種醫事人員任用條例，專技人員取得可以轉任公務人員的資格，因此取消公職醫師考試。自民國 61 年至 88 年所辦理的公職醫師，其錄取率相當偏低，約在 3 成左右，其中有部分錄取兩種考試資格者，即民國 61 年至 71 年，兩項考試同時舉行，設同一典試委員會。

另外值得一提的是，所謂高等檢定醫師類科考試，自民國 39 年至 63 年，政府專為不具正式醫學教育之失學者，提供檢定考試，考試及格後，才可報考專技人員醫師或公職醫師高考，此種檢定考試之及格率極低，共計辦理 25 年，僅 24 人及格。

### 3. 公職醫師高等考試停辦，專技人員醫師高考唯一管道

因應社會文明進步的時代潮流，提升醫事人員的素質，確保醫療品質為國民健康把關。我國醫師考試制度，隨著專門職業及技術人員考試法的修正，對於之前的檢覈筆試，其命題標準、錄取標準與專技人員的高考顯有不同。所以自民國 90 年 1 月 1 日正式施行新修正的專技人員考試法，取消之前之檢覈制度，規定考試每年舉行一次，如有必要，得臨時舉行之，並明定應考資格及應試科目。但在民國 89 年 12 月 31 日前申請檢覈經核定者，得於民國 90 至 94 年，5 年內參加其筆試。而自民國 95 年起，醫師證照考試僅有專技人員醫師高考一種管道，同時也沒有公務人員公職醫師之高等考試（6）。

所以從民國 90 年開始，醫師證照或醫師資格取得的銓定，必須正式通過專技人員國家考試及格始得取得。

### 4. 一階段考試的應試科目

專技人員醫師高考，初期施行一階段考試，醫學系畢業後，一次考 6 科，包括基礎醫學（一）、基礎醫學（二）、內科學（一）、外科學（一）、內科學（二）、外科學（二）。其中基礎醫學（一），包括解剖學、胚胎學、組織學、微生物免疫學、寄生蟲學。基礎醫學（二），包括生理學、生化學、藥理學、病理學。內科學（一），包括內科、神經科、精神科、小兒科、復健科、皮膚科、家庭醫學科、公共衛生、影像醫學。外科學（一），包括外科、骨科、麻醉科、眼科、耳鼻喉科、婦產科、泌尿科、復健、影像醫學。內科學（二），包括內科、神經科、精神科、小兒科、復健科、皮膚科、家庭醫學科、公共衛生、影像醫學、臨床實例考試。外科學（二），包括外科、骨科、麻醉科、眼科、耳鼻喉科、婦產科、泌尿科、復健、影像醫學、臨床實例考試。另外特別要提到是，自民國 91 年以後，

廢除國文及中華民國憲法普通科目的考試。

## 5. 醫師考試分試制度的實施 (3-7)

因有鑑於當初醫科畢業生，要在一次考試中，全部考基礎醫學與臨床醫學 6 個科目，負擔繁重，導致七年級的臨床實習，無法落實。他們為了爭取國家考試之及格，導致證照考試相關的補習大為盛行，造成醫學教育的偏差與失衡。乃經由各醫學校院主管的反應，同時順應國際潮流，並配合國內醫學教育的改革。考選部於民國 93 年 8 月 30 日召開「高等考試醫師考試改進相關事宜會議」，決定醫師考試採行分試制度，於 94 年 12 月 22 日訂定發布「專門職業及技術人員高等考試醫師分試考試規則」，明訂自 96 年開始實施。考試分二次舉行，第一階段，於醫學系在學學生修畢基礎醫學且成績及格始得應試第一試。第二階段，醫學系學生經實習期滿取得畢業證書，並經第一試考試及格後始得應第二試。為期新舊制度交替順利，訂定三年緩衝期，採取雙軌併行制，即 96、97、98 年為分試與一階段考試併行。而自 99 年 1 月 1 日起，即全面採行醫師考試分試考試制度。這種分試考試制度，主要在整合基礎醫學與臨床醫學課程，落實教考用合一，提升醫療知識與技能，加強醫病溝通與醫學倫理的教育。另外，牙醫師與中醫師，也分別將於 101 年、104 年全面採行分試制度。

## 6. 推動臨床技能測驗評估納入醫師考試 (8-11)

### (1) 傳統筆試考試的不足

我國醫師證照考試，自從納入專技人員高等考試以來，一直僅採取傳統筆試測驗方式，而且只是選擇式測驗題型。雖然設計試題取樣盡量平均且廣泛涵蓋各領域，譬如在醫師（一）及醫師（二）的 6 科目，考試試題多達 520 題，可以測量不同層次的知識，但顯然多偏重記憶性醫學知識，缺乏臨床技能及醫病溝通能力與態度的評量。但是目前社會民眾需要的是一位稱職的醫師，必須具備知識（knowledge）、技能（skill）及能力（competence）三種職能，而以我國近二、三年的國家醫師筆試考試，其及格率則高達 95% 以上，所以通過此種選擇式測驗題考試及格者，顯然不能因應民眾對醫療品質及健康照護的期待，也不能符合國際醫學

教育的需求，並與國際接軌。

## (2) OSCE 為國際醫學教育改進的趨勢

因此目前許多國家，包括加拿大、美國、英國、南韓、日本等國家都配合教育制度的改革與民眾企求的高漲，先後將臨床技能測驗納入醫學教育與訓練課程中。有些國家包括加拿大、美國、南韓，甚至納為醫師證照考試的一項目。

這種臨床技能測驗，實際上就是以情境模擬實作，來強化醫學生的臨床技能、醫病溝通能力以及關懷態度。所以稱作客觀結構式臨床技能測驗 (objective structured clinical examination, OSCE)。如果運用於在學學生的教學與訓練，則稱作教學式或養成式 OSCE (formative OSCE) 或稱為回饋式 OSCE。經過此種養成式 OSCE 測驗後，學生、老師及標準化病人 (standardized patient)，則可在一起討論回饋及檢討，針對有關課程安排與內容、教學方法以及教學成效，作為將來改進上述各項問題的參考。事實上，這種養成式 OSCE 在台灣的多數醫學院，都已經運用於平時在校學生的教學，並有良好的成效。

至於運用於將畢業的學生之 OSCE，則稱為總結式 OSCE (summative OSCE) 或稱為高階 OSCE (high-stakes OSCE)，則為正式而嚴格的考試，在測驗中，考生、標準化病人及評分老師不能互動，更不可以給予任何提示或暗示。

## (3) 設立臨床技能中心為 OSCE 考場

有鑑於此，考試院考選部在民國 98 年依照與配合台灣醫學教育學會的建議，邀集醫學教育相關學者召開醫師考試制度改進推動小組會議，包括教育部與衛生署的主管人員，積極研商如何實際推動此種 OSCE 應用於國家醫師考試，來提升醫師素質及醫療品質，落實教、考、用的整合，此為國家考試方式改進的一項重大突破。

首先輔導各醫學院校及醫學中心，成立臨床技能中心 (clinical skill center) (圖 1)，建置獨立診間的考場 (圖 2、3)，充實各種人體模具 (圖 4) 或模型 (圖 5、6) 的硬體設備，加強考試軟體的規劃與建置，包括教學方式的調整，考試藍圖之範例 (表 1) 與教案的建立，標準化病人與評審老師 (raters) 的募集、遴選與培訓。這些臨床技能中心硬軟體的設施與建置，都需要各醫學院校或醫學中心投入龐大經費、人力與時間，幸好衛生署與教育部也都提供了相當的資助與鼓勵。



於民國 99 年，著者有幸與台灣醫學教育學會 OSCE 小組、考選部、教育部及衛生署有關人員，實地訪察全國 11 家醫學院及 3 家醫學中心申請為舉辦高階 OSCE 考場的單位。於此深深感佩這些醫學院校與醫學中心的積極全力配合，都先後成立了相當良好的臨床技能中心，提供作 OSCE 的考場，包括 12 個或以上的獨立模擬測驗診間，其中 8 間為標準化病人情境表演（圖 6、7），4 間作為技能操作測驗（圖 8、9、10）。每一測驗診間，都有完善的全程錄音錄影設施，還有中央評量室（圖 11）及中央控制室（圖 12）。在軟體方面，也建立了考試藍圖與各種教案，並建置標準化病人與評分老師之募集、遴選與培訓。截至民國 99 年底，這些中心都已通過訪查並符合可承辦 OSCE 考試的資格。

#### （4）試辦第一次全國 OSCE 聯考（民國 100 年 4 月～5 月—14 個考場）

因此於民國 99 年，決議由考選部、教育部、衛生署共同委託台灣醫學教育學會，負責承接試辦全國醫學校院 OSCE 聯考。隨後經過台灣醫學教育學會 OSCE 小組的周詳規劃，於民國 99 年 9 月 26 日召開全國 OSCE 聯考共識會議，訂於民國 100 年 4 月 23 日、24 日、30 日及 5 月 1 日，分前後兩梯次於全國 11 所醫學院及其實習醫院同時考試，每場次考 12 站，分別在台大附設醫院、成大醫學院、中國醫藥大學醫學院、中山大學附設醫院、台北長庚紀念醫院、高雄長庚紀念醫院、高醫中和紀念醫院、國防醫學院、台北醫學大學醫學院、陽明醫學院、慈濟大學醫學院、署立雙和醫院及輔仁大學醫學院等 11 所醫學院及 3 個實習醫院之 14 個考場，同時舉行考試 4 天。此次考試全國應屆醫學系畢業生參加考試共有 1,053 位，全國醫學院教師擔任考官者有 420 名，參加考試的標準化病人有 280 位，考試及格醫學生共 1,003 位，及格率為 95.25%。四天考試雖有少許瑕疵，但大致圓滿完成。

起初決議自民國 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 納入分試考試第二試之應考資格，但為因應衛生署修改醫師法施行細則，於民國 100 年 9 月 23 日修正發布「醫師法施行細則」第 1-1 條，明訂必須在評鑑通過的教學醫院，提供臨床實作訓練、成績及格且持有該醫療機構開立之證明者，且分試第一試及格者，才為報考第二試的應考資格，同年 12 月 26 日考試院也發布修正「專門職業及技術人員高等考試醫師、牙醫師、中醫師考試分試考試規則」第 6 條、第 7 條，所以決定於民國 101 年，再試辦一次全國 OSCE 聯考，並訂

於民國 101 年 4 月至 5 月間舉行 (12, 13)。

#### (5) 試辦第二次全國 OSCE 聯考 (民國 101 年 4 月~5 月—20 個考場)

於民國 101 年 2 月 9 日，考選部召開推動 OSCE 納入醫師考試分試第二試應考資格專案推動小組第 5 次專案會議，肯定台灣醫學教育學會主辦 100 年全國醫學校院聯合試辦臨床技能測驗 (OSCE) 成效良好，並決定 101 年第二次試辦全國 OSCE 聯考，仍委請台灣醫學教育學會辦理，而試辦經費仍由教育部、衛生署及考選部共同部分補助。會中並審查通過台灣醫學教育學會所提之 2012 年全國醫學校院聯合試辦臨床技能測驗 (OSCE) 實施計畫，擬定測驗日期為民國 101 年 4 月 27 日、28 日、29 日及 5 月 4 日、5 日、6 日，考試 6 日，每日 2 梯次，每梯次 12 站，每考站考試 10 分鐘，包括換站與讀題 2 分鐘，以及測驗 8 分鐘。

因為在民國 100 學年度，實地訪查申請認定承辦 OSCE 考試資格的五家醫院的臨床技能中心，包括萬芳醫院、新光醫院、彰基醫院、國泰醫院與馬偕醫院等五家臨床技能中心，業於民國 101 年 1 月 16 日經台灣醫學教育學會宣佈符合規定並通過，所以民國 101 年試辦的全國 OSCE 聯考，將在下列 20 個臨床技能中心，同時進行考試，包括中山醫大附設醫院、台北榮民總醫院、中國醫藥大學附設醫院、成功大學醫學院、林口長庚醫院、高雄長庚醫院、高雄醫大附設中和紀念醫院、三軍總醫院、高雄榮民總醫院、花蓮慈濟綜合醫院、台北醫學大學附設醫院、台灣大學附設醫院、輔仁大學醫學院、雙和醫院、義大醫院、馬偕醫院、萬芳醫院、新光醫院、彰化基督教醫院以及國泰醫院等 20 個臨床技能中心 (12, 13)。

以下簡列臨床技能測驗 (OSCE) 推動與實施過程如下，民國 100 年 4 月 23 日、24 日及 4 月 30 日、5 月 1 日，第一次試辦全國聯考，14 個考場。民國 101 年 4 月 27 日、28 日、29 日及 5 月 4 日、5 日、6 日第二次試辦，預計於上述評鑑通過的 20 個考場。民國 102 年 OSCE 聯考正式納為第二試的應考資格。此外，牙醫師、護理師等證照考試，亦將規劃推動 OSCE 納入其考試。

## 四、醫師考試第一試應考資格及應試科目

而醫師分試第一試應考資格第一款為，公立或立案之私立大學、獨立學院或符

合教育部採認規定之國外大學、獨立學院醫學系科畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書者。第二款，84 學年度以前入學之私立獨立學院七年制中醫學系畢業，經修習醫學必要課程及實習期滿成績及格，得有證明文件，且經中醫師考試及格，領有中醫師證書者。第三款，中醫學系選醫學雙主修畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書，且經中醫師考試及格，領有中醫師證書者。第四款，公立或立案之私立大學、獨立學院醫學系在學學生，修畢基礎醫學科成績及格，領有學校證明文件者。第五款，公立或立案私立大學、獨立學院中醫學系選醫學系雙主修在學學生，修畢醫學等基礎醫學科成績及格，領有學校證明文件者，亦能報考醫師考試分試第一試。第一試及格並具有第一試應考資格第 1 款至第 3 款資格之一者，始得應第二試。第二試 6 年內未及格者，應重新應本考試第一試。

從民國 96 年 1 月開始實施醫師考試分試，其應考科目內容與之前的一次考 6 科目的內容稍有變更。新設的第一試，即醫師（一），應考科目為醫學（一）與醫學（二）。醫學（一），包括解剖學、胚胎學、組織學、微生物免疫學、寄生蟲學、公共衛生學等科目及其臨床相關知識。醫學（二），包括生理學、生化學、藥理學、病理學等科目及其臨床相關知識。新設的第二試，即醫師（二），應考科目為醫學（三）、醫學（四）、醫學（五）及醫學（六）。醫學（三），包括內科、家庭醫學科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理。醫學（四），包括小兒科、皮膚科、神經科、精神科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理。醫學（五），包括外科、骨科、泌尿科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理。醫學（六），包括麻醉科、眼科、耳鼻喉科、婦產科、復健科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理。以上各科考試皆採紙筆測驗題型，醫學（一）與醫學（二），各為 100 題。醫學（三）、醫學（四）、醫學（五）及醫學（六），各為 80 題。（表 2）

所以民國 96 年以前的一階段考試與 96 年以後的分試考試，其應考科目及內容稍有變更。新設的第一試，即醫師（一），為因應近年來醫學教育的強化基礎醫學與臨床醫學的連貫與整合，特別增加與臨床相關知識之考題。新設的第二試，即醫師（二），因重視臨床情境的處置與知識，加進了相關臨床實例的考題。另一方面，為了強化醫師的倫理觀念與醫病溝通的能力，在臨床各科目都加進醫學倫理的考題。（表 3）

## 五、國內各校醫學系成立時期與招生名額

近年來，我國對醫師人力的供需，有總量管控的規劃，以下簡述歷年來國內各校醫學系成立時期與招生名額：台灣大學醫學院醫學系，成立於民國 34 年，招生名額 136 名。國防大學醫學院醫學系，成立於民國 38 年，招生名額 91 名。高雄醫學大學醫學系及學士後醫學系，成立於民國 42 年，分別招生 160 名與 52 名。台北醫學大學醫學系，成立於民國 49 年，招收 153 名。中國醫學大學醫學系，成立於民國 56 年，招收 115 名。陽明大學醫學系成立於民國 64 年，招收 117 名。中山醫學大學醫學系成立於民國 66 年，招收 134 名。成功大學醫學系，成立於民國 73 年，招收 76 名。長庚大學醫學系，成立於民國 76 年，招收 98 名。慈濟大學醫學系，成立於民國 83 年，招收 65 名。以上十所醫學系的畢業生，都曾經或可以報名參加下列四種考試制度，即檢覈考試、特種考試、公務人員考試以及專技人員高考。而於民國 89 年才成立的輔仁大學醫學系，招收 50 名，其畢業生僅能報考目前的專技人員醫師高等考試。以上全國各醫學系每年限制招收醫學生約 1,300 名，係依據我國對醫師人數的總量管制，每千人民眾有 1.3 名醫師。目前全國約有 41,000 名醫師，依據社會成長因素與醫師的代謝情況，每年約需增加 0.5%，即每年醫師人數約需增加 1300 名，而近年來國家醫師考試，每年及格人數平均亦約 1300 人，接近規劃的預期管制人力。

## 六、國外學歷報考我國醫師考試之規定

關於國外學歷者報考台灣醫師考試，雖然專技人員醫事人員高考規則第 1 款規定，“符合教育部採認之國外大學、獨立學院醫學系、科畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書者，得應醫師類科考試”。但醫師法第 4 條之 1 又規定，「依第 2 條至第 4 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、新加坡及香港地區或國家以外之外國學歷，應先經教育部學力甄試通過，始得參加考試」，也就是上述的九大地區以外的外國學歷，應先經教育部學力甄試通過，始得報考醫師考試。另外，基於各國醫學教育學制之差異，對

持國外學歷，因其於國外使用之語言及接觸之疾病型態，顯與國內有所不同，需要在其參加考試之前，於國內醫學機構接受與國內醫學生相當之臨床實作科別與週數或時數之訓練，以確認其與我國醫學院醫學系畢業生具有相似之臨床經驗。乃於民國 98 年 9 月 16 日修正之醫師法施行細則，其應考資格增列第一款但書規定，國外大學、獨立學院醫學系、科畢業者，其實習期滿及格之認定標準，須依上述施行細則之規定辦理。以國外學歷報考醫師考試分試者，僅准予報考第一試。第一試及格者，尚須經評鑑合格之醫療機構之臨床實作訓練並取得實習期滿成績及格之證明，始得應醫師考試第二試。於 99 年 8 月 23 日衛生署第 0990209797 號公告，持國外醫學系（科）畢業之學歷證明文件，報考醫師考試第一試；第一試及格後，需向衛生署申請臨床實作訓練選配分發，且應於完成臨床實作訓練期滿、且成績及格後，始得報考醫師考試第二試。

有鑑於近年來，持外國學歷的醫學生逐年有增加之趨勢，特別自歐盟成立以來，增加了數個歐盟會員國家納入九大洲的範圍，因此這些持國外學歷的醫學生報考台灣國家醫師考試的人數也將隨之增加，特別是在波蘭就讀醫學系之人數。但因為我國對於全國醫師人數有總額管制的措施，即限制每年全國醫學院招生醫學生 1,300 名，此係根據每 1,000 人有 1.3 名醫師。這種持外國學歷者，逐年增加的報考人數，是否會衝擊到國內醫學校院培育的醫學系畢業生，甚至影響醫師素質或醫療品質。為防範此種趨勢之衝擊，主管機關衛生署於民國 99 年 8 月 23 日公告，持國外醫學系科畢業之學歷證明文件，報考第一試及格後，需向衛生署申請臨床實作訓練選配分發，因為接受臨床實作訓練的醫療機構之數目有限，且其訓練人數的容量也有限制。所以藉此種門檻，至少可以發揮適當的管制機制，以緩解對國內培育的醫學系（科）畢業生以及管控新設醫學系的衝突。但對於要求任何持有外國醫學系學歷者，欲報考台灣醫師考試，均必須先通過國內學歷甄試，並在衛生署所認可之國內醫療機構實習期滿及格，始得應考，此種嚴格的把關措施，難免有齊頭式的假平等之瑕疵；譬如少數在國外很優秀的醫學系畢業，並通過完整嚴謹的住院醫師訓練課程並領有專科醫師證書，甚至已成為專任主治醫師或在曾在國外醫學院擔任專任教職者。如果他們有意願回國服務，因考慮到必須從頭開始接受整套的臨床實作訓練，可能都會望而卻步。因此為了補救這一瑕疵，衛生署最近針對此問題，於民國 99 年修正醫師法施行細則第一款之六之條文，認定這些人的專科訓練可以減免該

相當專科部份的實作訓練之科別及週數或時數，但抵減之週數或時數，不得逾該科別三分之二，這樣的修正主要容許或誘導少數擁有國外優秀醫學院學歷並完成嚴謹訓練的優秀資深醫生，有回國服務的意願，而不致使國內醫師資格之認證，有走向封閉或鎖國之現象。

## 七、大陸地區取得的醫學系學歷無法報考醫師考試

至於在大陸地區取得的醫學系學歷資格，不管是我國人民或大陸地區人民經許可在台灣地區設有戶籍，均未予採認，無法報考我國醫師國家考試，所以不致衝擊國內醫師人數之總量管制，也不會有影響醫師素質或醫療品質之虞。

致於因應外國人具醫師資格而志願到我國偏遠地區或醫療資源缺乏地區服務者而辦理的考試，近十年來，為數極少，總共不超過 10 名，又據悉最近亦將廢除此種考試，而回歸專技考試法辦理。

## 八、醫師考試之及格標準與統計：報考人數、到考人數、及格人數與及格率

關於醫師國家考試的及格標準，目前專技人員國家考試的及格方式有下列三種，第一種為科別及格制（例如會計師、建築師之考試）；第二種為比例及格制（如律師、技師之考試）。第三種為總成績 60 分及格制。而醫師考試的及格標準，則採取第三種之應試科目總成績滿 60 分及格制，而所謂總成績，均以各應試科目平均成績計算之，應試科目有一科成績為零分，缺考科目以零分計算，此二項均不予及格。茲將近年來醫師考試的應考人數、及格人數、及格率以及各類科錄取分數簡述如下，最近 5 年的醫師類科報考、到考、及格人數與及格率，如表 3。每年報考人數均上千人，而其及格率普遍偏低。92 年與 93 年的第一次，及格率低到 5% 與 8%。因為第二次考試的考生，多為應屆畢業生。而第一次考試，則多為往年不及格的回鍋者。所以第二次考試的及格率都遠比第一次考試為高。此時期的考試及格率，第一次考試的多在 20~30% 之間，而第二次考試的，則在 60~70% 之間。此期

間考試及格率偏低，推測可能有下列因素。一為當時醫學系畢業生素質不均，二為試題過於艱難，分布領域不均，缺乏臨床相關試題，三為一次考 6 科目，不易準備。

而從民國 96 年開始實施分試制度，及格率則逐漸提升。醫師（一）從 96 年到 100 年，及格率最低（100）年的第一次考試其及格率為 17.6%，其餘大多在 50%~70% 之間。自 96 年至 99 年，共舉辦 8 次，第一試報考 14,167 人，及格率 61.5%，第二試報考 4,726 人，及格率為 96%。而醫師（二），即分試第二試，其及格率則大幅提升。從 96 年第二次高達 98.8%，97 年第一次為 89%，第二次為 97.8%。98 年第一次及格率 92.3%，第二次為 97.8%，99 年第一次及格率 68.9%，第二次及格率則為 95.4%。

雖然醫師考試的及格方式，採取總成績 60 分及格制，但綜觀過去十多年來的及格率，在早期，尤其分試制度未施行前，其及格率大多明顯偏低，大部分低於 50%。推測其原因，可能歸因下列幾項，一為早期一些私立醫學院校，其醫學教育制度尚未完善，畢業生素質不均，二為一階段考基礎與臨床醫學 6 科目，負擔明顯繁重，三為早期考試，規定內外科 60 分之及格門檻，不像以後的考試只要平均 60 分即可及格。但近年來，各醫學院校醫學教育普遍提升，且採取分試制度，因此及格率明顯提升，甚至有一年度高達 98% 的及格率。

## 九、歷屆醫師考試各科目平均成績

關於近年來，醫師國家考試各應試科目的平均成績簡略如下，應試科目修改前，95 年第一次考試之 6 科目平均成績在 50 分至 60 分之間。第二次，則成績較高，在 60 分至 70 分之間。在應試科目修改後，96 年第一次考試，各科平均成績 55 分至 66 分，第二次測 55 分至 65 分。97 年第一次及第二次，成績約在 54 分至 61 分。98 年第一次及第二次，成績約在 53 分至 71 分。99 年第一次與第二次，成績約在 58 至 72 分，100 年第一次與第二次成績約在 48 分至 71 分之間。綜觀起來，平均成績並不高，但是及格率則相對高，表示多數考生的成績多在及格邊緣。

## 十、公佈考試試題或答案與申請試題疑義處理的規定

為因應時代潮流與資訊公開透明化之趨勢，考試院辦理國家考試，秉持公正、公開原則，於典試法第 22 條中，明訂應考人於考試後對試題或公佈之測驗式試題答案，如有疑義，應於規定期限內提出，逾期不予受理。此種公布試題或答案的規定，於國際上，很多國家並沒有此項措施，不論是對公務人員的任用考試或專技人員的資格考試。有些國家像是日本或歐美一些國家，甚至明定不予公佈。還有考試院，於民國 85 年，依據典試法第 22 條，訂定國家考試試題疑義處理辦法，該法第二條亦明訂應考人對筆試試題或公佈之測驗式試題答案，如有疑義，應於該次考試全部筆試完畢之次日起三日內，填具試題疑義申請表，向考選部申請處理。在許多國家，因沒有規定要公佈試題或答案，當然就無從提出處理試題疑義的要求。

至於試題疑義的處理辦法則規定，應考人應於考試完畢之次日起五日內（原先規定三日內，因考慮給予應考人更寬裕的時間，經著者建議修改為 5 日內）提出申請，內容包括疑義要點及理由，並檢附佐證資料，以及建議疑義處理方式。然後由命題委員、試題審查委員提出書面處理意見，再經召開試題疑義會議，研商處理，而疑義之確認，則依下列四項規定處理，1. 試題、答案無錯誤或瑕疵時，依原正確答案評閱。2. 試題有瑕疵，但不影響原正確答案時，依原正確答案評閱。3. 試題有瑕疵致影響原正確答案或公佈之答案錯誤時，依更正之答案重新評閱。4. 試題錯誤致無正確答案，該試題一律給分。

由於近年來，醫師國家考試的及格率明顯偏高，高達 95% 上下，雖然其平均成績不高，但多數應考人的成績都緊鄰於及格標準邊緣，所以很多應考人為爭取分數以便能及格，都儘量多方搜尋佐證資料或找出試題瑕疵。因此每次醫事人員的考試，特別是醫師類科，在醫學組的 760 題題數中，都有將近 2 成的疑義試題被提出，例如最近民國 99 年與 100 年的 3 次考試中，就各有 164 題、125 題及 166 題的疑義題數，這些疑義題，經過試題疑義會議研商後，雖然約有 7 至 8 成多維持原正確答案，但其餘 1 至 2 成，則為更正答案與一律給分，此種情形對於及格人數的變動，還是有影響。分析其內容，多半是試題的題幹或答案未臻周延或稍有瑕疵，或者論點學說不同。近年來根據多次處理醫學組的試題疑義，在會議研商中，都要花



費相當多的人力與時間。此種試題疑義處理的規定，實為我國國家考試的一種特色。雖然有助於試題品質的精進，以及顧及應考人的權益，但是也相當耗費題庫或臨時命題的題數，而且承辦單位也要付出龐大的人力與時間。

## 十一、提升試題品質，建置優質題庫，推動電腦化測驗

有鑑於以往醫師考試之測驗題，偏重記憶性學理與瑣碎之知識，且試題（包括題幹與選項答案）未臻周全，尤其是臨時的命題，導致歷屆考試試題疑義及更正答案都相當多。目前考選部於近年中，為提升試題品質充實題庫，組設醫師考試常設題庫小組，下再設醫學類科 28 小分組，召集相關學者、專家，針對每一試題的命題審題增加分析、判斷與決策的情境式試題，包括其難易度、性質、認知層次及鑑別度，都加嚴謹處理，期待每一試題都是合適且幾近零缺點，建置充分的優質試題以納入題庫。同時為了因應將來納入電腦化測驗，這些試題也要 e 化形式以配合電腦化線上作業。

另外，考選部為了提升考試作業效率方便應考人報名繳費手續，也將推動無紙化網絡線上報名手續。另一方面，為順應時代潮流的趨勢，於民國 93 年開始推動醫事人員國家考試的電腦化，先後至民國 100 年，已有 9 種類科納入電腦化測驗。醫師考試也預計於民國 102 年開始實施電腦化，電腦化測驗可於電腦即時評閱試卷，應考人也可於線上即時得知自己的考試成績，也有節能減碳的效益。惟於初期，僅先將紙筆測驗改為電腦線上作答，而且測驗題的圖像等，可以更清晰顯示在螢幕上。將來如能擴充為影音情境式多元的電腦化測驗方式，則將更能發揮電腦化測驗優越選才的功能。

## 總 結

從我國醫師考試制度的演變過程來看，因應時代的變遷，尤其近年來，醫學教育的改革、醫療科技的快速發展、醫療環境的變化，加上民眾對健康訴求的高漲，其演變過程相當錯綜複雜而多樣化，最早時期為民國 39 年至 43 年的申請甄訓，接著為檢覈方式，包括免試、面談、筆試，從民國 39 年至 94 年，醫師資格申請對象

除了台大醫學院與國防醫學院，陸續加入先後成立的醫學院，包括高雄大學醫學院、台北大學醫學院、中國醫藥大學醫學院、陽明大學醫學院、成功大學醫學院、中山大學醫學院、長庚大學醫學院以及慈濟大學醫學院。

當時國內培養醫師人才的醫學院校，由最早的天大醫學院與國防醫學院 2 所，增至目前的 11 所。但在民國 63 年以前，還曾辦理醫師檢定考試，檢定考試通過後可報考高等考試，及格後取得醫師考試資格，不需要正式的醫學教育。還有所謂的特種考試，針對曾在軍中從事與醫療有關工作，譬如「衛勤」之類並沒有完整的軍事醫學教育，但為因應當時的背景需求與國防戰備考量，辦理所謂軍醫特考，即俗稱的「總統牌」，及格就可取得醫師證書，惟此種特考，早已停辦（6）。從民國 61 年起，當時公家醫療機構缺乏公職醫護人員，規定專技人員與公務人員考試，相同應考資格與應試科目，所以其及格者，同時取得兩種考試及格之資格。另外，專技人員高考及格人員也可轉任公務人員。但因為專技人員與公務人員在功能與性質上有明顯差異，且兩者的考選方式根本不同，所以自民國 72 年，將兩種考試分開辦理，停止同時兼取兩種考試及格之資格。

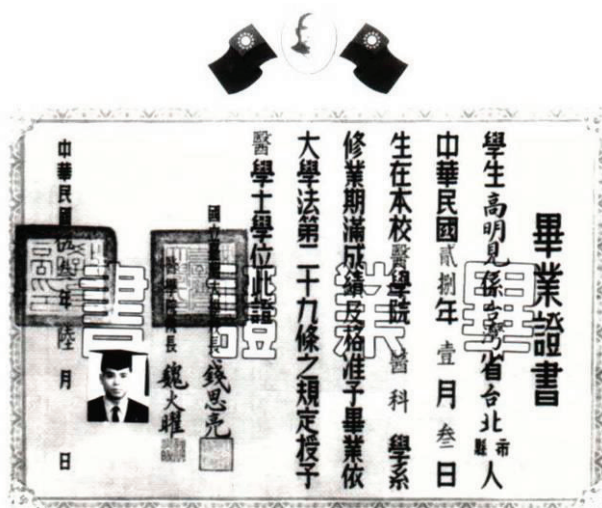
民國 75 年，公務人員考試法與專門職業技術人員考試法正式公佈，後又經修正，於民國 88 年公佈目前所採用的專技人員考試法，自民國 90 年 1 月 1 日起，取消檢覈考試的制度，並刪除檢定考試法源，明訂應考資格及應試科目。所以在民國 89 年成立的輔仁大學醫學系畢業生，則僅適用民國 88 年公佈的專技人員考試法，所有符合應考資格者，皆應參加所有應試科目的考試。

自民國 90 年開始，實施醫師考試一階段考試，即醫學系七年畢業後，一次考 6 科，包括基礎醫學與臨床醫學，考試及格後，始得醫師執業資格。於民國 91 年，廢除國文及中華民國憲法的普通應試科目，隨後因應醫學教育改革與國際潮流，自民國 96 年開始實施分試考試制度，於修畢基礎醫學的在校學生，可先報考第一試，第一試及格，且醫學系畢業並經實習期滿取得畢業證書，始得報考第二試。第二試及格後即得醫師執業資格，從民國 99 年，全面採行分試考試制度，整合基礎醫學與臨床醫學課程，並加進醫學倫理試題，落實教考用之整合。

為強化應考醫學生之臨床技能與醫病溝通能力、關懷態度，提升醫師素質，自民國 98 年，開始推動臨床技能測驗（OSCE）納入醫師辦理考試之政策，由教育部、衛生署與考選部委託台灣醫學教育學會承辦執行該規劃，於民國 100 年首次試

辦全國醫學校院臨床技能測驗（OSCE）聯考，順利完成。為配合醫師法施行細則與醫師考試考試規則的修法，擬於民國 101 年第二次試辦 OSCE 聯考，如順利完成，擬於民國 102 年，正式規定醫學校院之醫學生，通過醫師考試第一試及格後，並經此種 OSCE 測驗及格，始得報考第二試，即臨床技能測驗（OSCE）及格為醫師證照考試第二試的應考資格。

精進考選制度，為國掄才，是主管國家考試最高機關考試院的首要任務之一。醫師身為國民健康的維護者、生命的把關者，精進其考試制度，以產生稱職優質的醫師，更是眾所殷切的期待。考試院近年來，對於醫師資格認證考試，不遺餘力積極做了多項改革，從不完善的檢覈制度改進為正式的專技人員高等考試，並由一階段考試改進為二階段分試制度，落實基礎醫學與臨床醫學的整合，並加強醫療法規與醫學倫理的課題，同時不斷積極提升試題品質，建置優質題庫。最近三年來，更積極協調教育部與衛生署，共同推動臨床技能測驗（OSCE）納入國家醫師考試，落實教考用合一，此為國家考試方式改革的一項重大突破。期待經由此種改進的考試制度所通過或認證的醫師，除具有核心專業醫學知識外，並具有嫺熟的臨床技能，更有以病人為中心的全人照顧的關懷與同理心，為國民健康把關並能與國際接軌。



相片 1、畢業證書



相片 2、醫師考試及格證書



相片 3、醫師證書



圖 1、臨床技能中心（教育部代表賴教授、衛生署代表王副司長、考選部代表董政次、台大臨床技能中心賴主任）（台大）

### 模擬診間的標準配備

設備	數量
診療桌	1張
座椅	2張
診療床（含被單、枕頭）	1張
洗手水槽	1個
血壓計	1具

圖 2、獨立模擬測驗診間（輔仁大學）



圖 3、獨立診間的考場（彰基）



圖 4、人體模具（台大）



圖 5、氣管內插管測驗用之模型（新光）

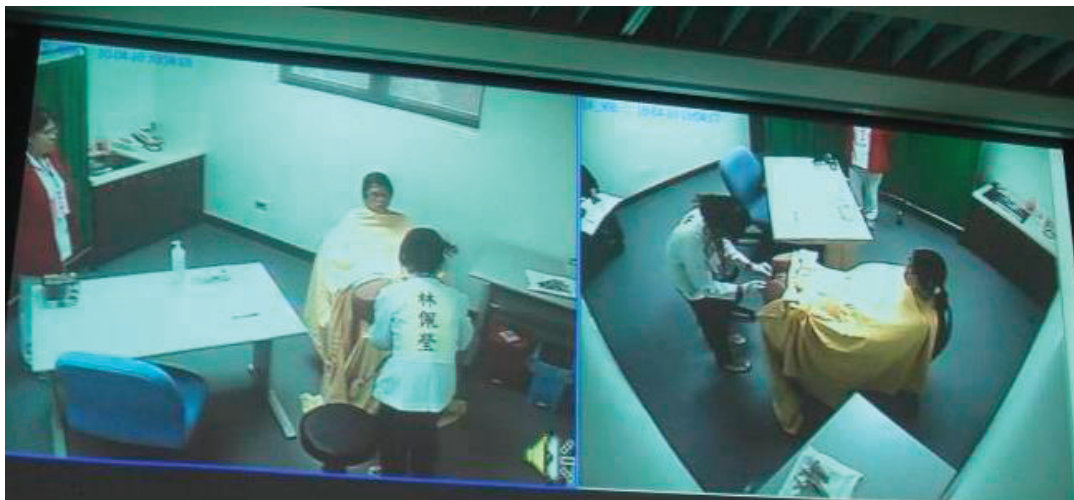


圖 6、標準化病人：婦科內診（標準化病人與骨盆模具、全程錄影）（陽明大學）



圖 7、腹部聽診—標準化病人（萬芳醫院）



圖 8、縫合技能測驗（台大）





圖 9、技能操作測驗—插管技能（彰基）



圖 10、使用模具做導尿技能測驗（彰基）



圖 11、中央評分室（慈濟大學）



圖 12、中控室負責監控考間及考試時間（慈濟大學）

表 1、OSCE 測驗藍圖之範例

臨床能力	心血管系統	呼吸系統	神經系統	消化系統	腎臟泌尿系統	內分泌新陳代謝系統	血液腫瘤系統	骨骼肌肉系統
病史詢問		年輕人胸痛			水腫		脊椎壓迫、聲音沙啞	急性膝關節炎
溝通技巧		病情告知						
身體檢查	休克	發燒	腦膜炎	肝炎併黃疸			聲音沙啞	急性膝關節炎
鑑別診斷				體重減輕				
解決問題能力								
操作型技術	中心靜脈導管放置							
實驗數據及影像判讀								
其他				第 80 頁，共 88 頁				

表 2、專門職業及技術人員高等暨普通考試醫事人員考試應試科目表

類科	應試科目
醫師	一、醫學（一）（包括解剖學、胚胎學、組織學、微生物免疫學、寄生蟲學、公共衛生學等科目及其臨床相關知識）
	二、醫學（二）（包括生理學、生化學、藥理學、病理學等科目及其臨床相關知識）
	三、醫學（三）（包括內科、家庭醫學科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理）
	四、醫學（四）（包括小兒科、皮膚科、神經科、精神科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理）
	五、醫學（五）（包括外科、骨科、泌尿科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理）
	六、醫學（六）（包括麻醉科、眼科、耳鼻喉科、婦產科、復健科等科目及其相關臨床實例與醫學倫理）

附表 3、

歷年專門職業及技術人員高等考試醫師考試分試考試  
醫師(一)報考人數、到考人數、及格人數暨及格率統計表

丁凡誌

年 別	報考人數	到考人數	及格人數	及格率%
96 年第一次	3,948	3,874	2,737	70.65%
96 年第二次	2,205	2,156	1,273	59.04%
97 年第一次	1,063	1,016	498	49.02%
97 年第二次	1,674	1,633	1,143	69.99%
98 年第一次	612	577	116	20.10%
98 年第二次	1,614	1,559	990	63.50%
99 年第一次	1,056	989	471	47.62%
99 年第二次	1,995	1,913	1,214	63.46%
100 年第一次	814	737	130	17.64%
100 年第二次	1,998	1,929	1,225	63.50%

## 參考文獻

- 考選部：專門職業及技術人員考選法彙編，考選部：台北，參 13-1，2001。
- 考試院法規會，常用考銓法規彙編，考試院，台北：2007。
- 考試院編纂室，考銓報告書，考試院，台北，2009：2, 55~120。
- 考試院編纂室，國家考試暨文官制度報告書，考試院，台北，2011。
- 關中：醫事人員人力問題探討：天下為公 選賢與能，考試院，初版，台北，2012：74~79。
- 曾玉山：台灣醫師考試制度演變之研析：世新大學行政管理學系：碩士學位實務論文，台北：2008。
- 黃燦龍：國內醫學教育的現階段變革與醫師證照考試的因應方向，國家菁英季刊，2007；3(1)：82~86。
- 李石增：客觀結構式臨床測驗，從基礎建立到執行與品質監測，林口長庚紀念醫院，台北：台灣艾斯維爾有限公司，2010。
- 劉克明、曾慧敏：高階客觀結構式臨床測驗（High-Stakes OSCE）在國家考試的應用與展望，國家菁英季刊，2010；6(3)：111~129。
- 全國 OSCE 聯考共識會議，台灣醫學教育學會，台北，2010：58~130。
- 高明見：臨床技能測驗成為我國醫師證照考試項目之關鍵問題，國家菁英季刊，2010；6(4)：107~126。
- 全國 OSCE 聯考試務作業指引（草案），台灣醫學教育學會，台北，2011。
- 楊泮池：2012 全國醫學校院聯合試辦臨床技能測驗（OSCE）實施計畫，台灣醫學教育學會：台北，2012。