

醫事人員國家考試簡介

◎高明見

現任考試院考試委員

台灣大學名譽教授（神經外科）

第五屆立法委員



摘要：

獨立的考試權是我國政治制度的特色，憲法增修條文第 6 條規定，考試院為國家最高考試機關，掌理考試、公務人員之銓敘、保障、撫卹、退休事項及公務人員任免、考績、級俸、陞遷、褒獎之法制事項，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。除職掌全國專門職業及技術人員執業資格之衡鑑外，更為公部門人事法制最高主管機關，肩負著健全文官法制，激勵公務人員士氣，強化行政中立與落實倫理價值的主要責任。

公務人員考試是依用人機關需求提供錄取名額，並酌增錄取名額為擇優錄取之任用考試，屬競爭性考試。錄取者，依成績依序分發任用。而專技人員考試則是擇取一定錄取條件（及格分數：總成績 60 分）之資格考試。成績達到一定標準，發與資格證書，即可執業。

我國醫學教育與醫師證照考試息息相關，互為影響、學以致用、考用合一。1980 年代，美國哈佛醫學院的醫學教育改革，著重於基礎與臨床醫學教育課程的整合，其引進問題導向教學 (PBL) 的小組教學與自我學習，並重視人文與倫理學門。而台灣方面，1990 年代開始由台大醫學院開始推動，接著長庚大學、輔仁大學相繼開始相關課程與醫學教育改革。

醫師國家考試

我國醫師國家考試自民國 96 年 1 月 1 日起，規定分試考試（第一試與第二試）。醫師國家考試制度沿革則由甄審、特種考試、檢覈考試、公務人員高等考試演變成專技人員高考 (1983 起至今)。醫師證照國家考試的演變則由民國 90 年開始，醫師高考一階段考試，但畢業生困難應付基礎與臨床繁重科目考試負擔，及格率偏低。七年級臨床實習無心落實，國考補習盛行，影響醫師養成教育。從民國 96 年 1 月起實施醫師國考分試，採測驗型試題之筆試，第一試為：基礎醫學科：醫學（一）、醫學（二）及第二試為：臨床醫學科：醫學（三）~ 醫學（六）。其中 96 年、97 年、98 年三年為緩衝期，採分試與一階段考試併行。99 年 1 月起全面採二階段分試。

民國 98 年開始推動客觀結構式測驗 (Objective Structured Clinical Examination, OSCE) 為醫師國考之應考資格。加強臨床技能與醫病溝通、關懷之教育，全國 11 所醫學院申請評鑑為國考資格認證中心。民國 100 年，預計實施全國 OSCE 聯考 (試辦)。從民國 101 年，OSCE 列入醫師國考第二試應考資格。

牙醫師國家考試

民國 41 年開始，併同公務人員考試舉行。民國 72 年，與公務人員考試分開。民國 79 至 89 年，以到考人數 16% 為及格。民國 90 年，以總成績 60 分為及格。民國 98 年開始分試，第一試為基礎學科 (二科目)；第二試為臨床學科 (四科目)。民國 98 年與 99 年及格率高達 99%，至今總計 7173 人通過國考。民國 100 年後，計畫推動 OSCE 納入第二試應考資格。

護理人員國家考試

分兩類：護理師與護士。民國 75 年至 89 年，專技與公務人員考試合併；民國 94 年，專技考試高考及格為護理師，普考及格為護士。民國 101 年，停辦護士普考。民國 99 年規劃推動 OSCE 納為應考資格。

藥師國家考試

民國 57 年檢覈考試 (考六科目)，民國 70 年加考生物藥劑與臨床藥學與治療學，與公務人員考試併行。民國 90 年，列為專技藥師高考，至民國 92 年，約有三萬人通過國考。

分析歷屆醫事人員國考試題，發現有下列六大問題：

1. 試題領域分佈不均或過度艱深。
2. 偏重瑣碎記憶，缺乏思考性。
3. 缺乏臨床實例與臨床技能試題。
4. 試題難易度不一，缺乏穩定度。
5. 及格率穩定度不足。
6. 忽略醫學倫理與醫病關係。

未來國家醫師證照考試之筆試改進方向為下列五點：

1. 改進命題技術—開設命題技術研習班，設命題技術小組，提升試題品質。
2. 建置優秀題庫—擴大試題來源，並及時更新與修正。
3. 建置優秀命題、審題人員人才庫。
4. 研究測驗式試題採複選作答。
5. 增加激勵因子，充實經費、人力及設備等資源。