

# 醫師國考制度改進方案之淺見

何橈通、陳祖裕/國立陽明大學醫學院

## 壹、前言

醫師考試制度之問題已經存在多年。早在民國70年，行政院研考會在「醫師教考用配合問題之分析檢討及改進建議」報告中指出，由於醫師教、考、用三者未能充分配合，以致醫師人力供需失調、醫學教育投資效益偏低、醫事人員供應不足等情況。並特別指出當時醫師考試及格率偏低及考試科目偏多等問題。在二十多年之後，社經文化各方面均有顯著改變，而在醫療衛生制度方面尤其明顯。如76年開始實施之醫院評鑑制度、77年開始實施之專科醫師制度，以及84年開始實施之全民健保制度，對國內醫療生態及醫師執業行為等造成非常重大之影響。隨著醫療衛生制度之變革，國內醫學教育在近年亦興起一股改革熱潮。繼教育部委託國家衛生研究院成立「醫學院評鑑委員會」(Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC)之後，各醫學院校均參照醫療先進國家之醫學教育制度積極地進行課程改革。自去年9月，行政院衛生署在SARS疫情受控之後立即推動「畢業後一般醫學訓練計畫」。雖然醫師考試制度亦有所變更，惟相對於醫師之教與用，醫界所投入之心力似乎是微不足道，導致考試與教用間無法配合之問題

在近年日益嚴重，且直接造成對醫學教育負面之影響。重新思考及實踐醫師考試制度之改革，已成為國內醫界重要而迫切的議題。

## 、醫師考試制度之變革

### (一) 考試種類及規範

自民國39年至今，國內共有五種途徑取得醫師資格：

- 1.甄訓（民國39年至43年）：為彌補戰後醫療人員嚴重不足之狀況，政府自民國39年至43年辦理甄訓，共計甄訓及格醫師有1,194名。
- 2.特種考試（民國62年至65年）：是政府為輔助在軍中擔任醫療工作多年卻未具醫師資格之退除役醫事人員就業之補救措施，施行期間經此考試及格之醫師共計2,724名。
- 3.檢覈考試（至94年停辦）：原為醫師考試之主流，為貫徹憲法公開競爭精神，民國88年修正專門職業及技術人員考試法時廢除檢覈制度，並自民國90年1月1日生效，規定89年12月31日前，申請檢覈經核定准予筆試或面試者，得就原核定科目於五年內參加筆試或面試，以為過渡。
- 4.公務人員高普考（兼取醫事人員資格，民國41年至72年）：醫事人員考試於民國39年即設有護士、助產

士、藥劑生、鑲牙生等類科；40年增設藥劑師；41年以後增設醫師、牙醫師等類科。原併同該年之公務人員考試辦理，一年辦理一次，依規定公務人員與專技人員之應考資格、應試科目相同者，同時取得兩種資格。民國61年起，公務人員中增設公共衛生醫師、公共衛生醫事檢驗師，及格人員同時取得專技醫事人員資格。惟鑑於公務人員與專技人員之性質、功能均有基本上之差異，加以專業分工日細，該兩種人員之考選方式自應有所區隔，不宜再予「兼取」兩種考試及格之資格。因此，自民國72年起，遂將兩種考試予以分開舉行。至民國75年並配合新人事制度之實施，將公務人員與專技人員之考試分別立法。

5. 專門職業及技術人員高普考（專技高普考，民國72年迄今）：如前所述，自民國72年起才與公務人員高普考分開舉行，而自95年以後是惟一獲取醫師資格之考試途徑。

## (二) 考試規範

### 1. 考試方式：

(1) 專技人員高普考試：雖然「專門職業及技術人員考試法」第四條規定，考試得採筆試、口試、測驗、

實地考試、審查著作或發明或所需知能有關學歷、經歷證件及論文等方式，惟對於知識、技能和態度三者並重的醫療專業，本項醫師考試均只採用筆試進行，且目前只採一階段考試，連考三天。

(2) 檢覈考試：將基礎醫學及臨床醫學分為二階段考試，亦只採用筆試進行。

### 2. 考試次數：

(1) 專技人員高普考試：原定於每年之12月間舉行一次，為回應各界對國家考試廢除醫師檢覈制度所提出的建言，考試院決於94年專技醫事人員檢覈筆試停辦前，專門職業及技術人員高等考試醫師考試每年舉辦二次。

(2) 專技人員之檢覈筆試：一年舉行二次。

### 3. 考試成績計算：

(1) 專技人員高普考試：成績計算依「專門職業及技術人員考試總成績計算規則」規定。由於僅以筆試方式舉行，故筆試成績即為考試總成績。考試成績以普通科目成績加專業科目成績合併計算，其中普通科目成績每科佔筆試成績百分之十，專業科目成績以剩餘百分比平均計算之。前項專業科目平均成績之計

## 醫師國考制度改進方案之淺見

算，以各科目成績總和除以科目數再乘以所佔百分比。普通科目及專業科目成績於依規定比例計算後，除其為循環數者，應於小數點後採四位數外，餘均核實計算。考試總成績之計算，小數點後取二位數，第三位採四捨五入法進入第二位數。

(2) 檢覈考試：成績計算依「專門職業及技術人員檢覈筆試口試及實地考試辦法」之規定，因只單獨舉行筆試，成績係以各科目平均計算。

## 4. 考試錄取標準：

(1) 專技人員高普考試：依專門職業及技術人員考試施行細則第九條規定，以考試總成績滿六十分為及格。又「專門職業及技術人員考試總成績計算規則」同時規定，筆試科目分普通科目及專業科目者，其筆試科目有一科成績為零分，或專業科目平均成績不滿五十分，或特定科目未達規定最低分數者，均不予錄取；缺考之科目，以零分計算。民國七十九年起規定，錄取人數為各類科到考人數百分之十六；但應考人考試總成績低於五十分者，或其考試成績依有關法令規定不予及格者，均不予錄取；應考人總成績已達六十分且無有關法令規

定不予及格者，均予錄取。自92年起，考試院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，刪除列考國文及中華民國憲法二科普通科目及醫師考試核心科目未滿六十分不予及格之限制。

(2) 檢覈考試：錄取之標準依「專門職業及技術人員檢覈筆試口試及實地考試辦法」之規定。因僅予筆試，故以筆試各科目平均成績滿六十分為及格，但其中有一科目成績為零分或未達規定最低分數者，不予錄取。

## (三) 及格率

如前所述，行政院研考會在民國七十年「醫師教考用配合問題之分析檢討及改進建議」報告中即指出，當時醫師考試及格率偏低。自民國64年至68年，檢覈及格率平均只有38.1%，而在82年至91年則提升至55.8%。專技高考平均及格率在82年至89年為22.1%；在90年開始推行新制專技高考，及格率即出現極大波動：90年及格率為17.0%；91年為17.9%；92年之兩次考試依次為5.4%及48.4%。

## 、現存問題

## (一) 一試定案

在95年僅存的醫師考試專技高考

係採一階段分三天考試，範圍涵蓋醫學系七年課程，要有充分準備實不容易。加上醫學系學生在最後一年為最重要且必須全力投入臨床工作才能有所收穫之醫院實習，一階段之醫師考試對實習醫師而言乃是難以承受之負擔，甚至影響實習表現及學習效果。

## (二) 學門過多

隨著專科及次專科之分工日益精細，醫師國考之考試學門亦有增多。由於出題者常是代表某一特定學門出題，致大部分題目皆以專科及次專科取向，較缺少整合性及以全人醫療考量為根本之題目。間接鼓勵實習醫師傾向要求多到不同專科、多看不同種類疾病，以爭取有較多機會看到與考題相關的狀況；對目前醫界倡導以病人為中心之醫療照護卻是無從配合。

## (三) 通過率偏低

過去十年來檢覈考試之及格率平均接近六成，一年兩次考試再加上專技高考及格生，每年之總通過率尚可提供醫療市場需求。然而，在檢覈考試廢除之後，通過率遠低於檢覈考試之專技高考便成為唯一之醫師考試，目前已廣泛引起全國醫學系學生之疑慮及恐慌。雖然考試院已將專技高考醫師考試每年增至二次，並刪除普通科目及醫師考試核心科目未滿六十分

不及格之限制，仍可能無法完全解決通過率偏低之問題。

## (四) 出題制度

基礎醫學與臨床醫學分別請召集人以分包方式出題，不但導致基礎醫學與臨床醫學之考題未能協調和整合，甚至各學科之間亦缺少溝通，與目前課程改革之宗旨無法契合。此外，由於考量保密及公平因素，每次出題均在截稿日期不久前通知出題者出題，且出題者均由召集人私下請託，然後再分包給各專科及次專科專家出題，如此方式有四項缺點：(1) 出題時間倉促；(2) 出題者間欠缺溝通及共識；(3) 出題者之出題技巧無從評核；(4) 出題者無權威性，答案以教科書內容為準。因而導致題目常會呈現：(1) 基礎醫學考題與臨床脫節；(2) 臨床題目以專科或次專科知識著眼，少考量病人整體狀況；(3) 多屬記憶性題目，欠缺思考性、判斷性及實證性之題目；(4) 題目難易度差異極大，致通過率難以掌握；(5) 部分題目之呈現方式流於刻板，考生容易猜到答案〔如在問及何者為是或何者為非之題目中，凡有否定、非常肯定、提及數字、可作比較及易於歸類者（如大小、高低、快慢等）較可能屬「錯

## 醫師國考制度改進方案之構思

誤」之答案；語氣不夠肯定者較可能屬「正確」之答案；此外，無論是要找出「正確」或「錯誤」，若答案之中有兩項同質性較高者其中一項多為答案）。

### (五) 考試方式

醫師考試臨床醫學領域中，至少須評核考生之「知識」與「技能」兩個範疇。目前醫師考試只考筆試，如前述因受現行出題制度之限制導致考題並不理想，不但無法考驗考生之臨床技能，甚至對醫學知識之評估亦顯有不足。

### (六) 醫學人文之評核

醫師考試已將跟醫療執業較不相關之國文及憲法刪除，僅保留基礎醫學與臨床醫學兩大領域。惟與臨床醫療較為相關之醫學倫理、醫療相關法律、醫療經濟、醫病關係等領域之課程，應該列入考試範圍。然而，此等領域均從未經過有系統之討論及規劃，應如何考試，至今仍未有共識。

#### 、解決方案

上述各項有關醫師考試之問題，並非各自獨立，而是互為牽連。必須從制度層面著手，其中涉及兩個重大變革：

#### (一) 配合醫學教育之改革將醫師考試分試進行

為改善國內醫學教育之品質及訂定醫學教育之規範，TMAC已對國內十一家醫學院完成首次評鑑並提出建言。其中包括要求各醫學院校加強對醫學生之人文教育、思考及學習能力，並建議廢除見習及加強實習訓練，務必使其於實習期間實際參與醫療團隊的使命。而另一方面，自去年九月起行政院衛生署推動之「畢業後一般醫學訓練計畫」亦已展開。目前因師資及計畫相關之人力資源尚嫌不足，訓練期間僅有三個月。預計未來將延長至一年，並配合畢業前之醫學教育制度改革，最後推展至類似國外「畢業後第一、二年訓練」〔postgraduate year one (PGY1)、postgraduate year two (PGY2)〕之制度。因此，在醫學教育制度不斷改革之同時，醫師考試不單須配合其改革步伐調整考試方式，更要研議出最能評核考生學習成果而不致影響常規學習之考試時機。

就現行醫學教育制度及目前專技高考一階段考試所引發之負面效應而言，醫師考試宜儘速改為兩階段（未來可能須改為三階段）考試。這項改變並非單純回歸檢覈筆試之兩階段考試，而是為同時解決學門過多所引起之負面效應。為避免考題涵蓋範圍發

生偏倚，建議仍保留學科，但須因應目前醫學教育改革所強調之整合性課程及全人醫療理念。第一階段在完成四或五年級時考試（依各校課程而定），考題科目仍稱為基礎醫學（一）及基礎醫學（二），惟其中須有三分之一題目為臨床導向。將來若加考人文課程，亦可納入至此一階段考試。

第二階段宜於畢業後考試。第一部分可稱為臨床醫學（一）及臨床醫學（二）〔即目前之內科（一）及外科（一）〕，考題以教科書之內容為依據。第二部分可稱為臨床醫學（三）及臨床醫學（四）〔即目前之內科（二）及外科（二）〕，以病例為考題，著重以臨床原理與實證作思考及推斷。此外，目前應加緊規劃在第二階段考試應加入第三部分，以考驗應考人之臨床技巧。若未來實施六年制醫學教育，則須考過第二階段考試前兩部分才進入PGY1訓練，在完成PGY2訓練後則參加測驗臨床技巧之第三階段考試（即第二階段考試之第三部分）。

醫師考試筆試部分將基礎醫學與臨床醫學分試進行，因只涉及行政程序而不改變機關之體制，在短期內應可實施。

## （二）設立常設性出題機構

有鑑於過去國家考試題目之良莠不齊，考試院在近年不斷致力於改進考試技術，包括：(1)建立典試委員資料庫；(2)建立題庫制度；(3)推動命題電腦化；(4)增加應考人選擇報考之類科及科目；以及(5)試後考題公開。然而，上述策略對於目前醫師考試出題制度之缺陷難有顯著幫助，有關當局宜考慮設立常設性出題機構（比照教育部為醫學院評鑑而設立TMAC），不但經常針對目前命題之缺失訂定對策或改革方案，且負責典試委員講習、試題品質評核、考題爭議仲裁，以及研議考題方式等。在此機構建構完成及開始運作之後，期盼能達成下列目標：(1)試題難易度合理且穩定、(2)記憶性考題之範圍以具指標性或極重要之醫學原理或資料為主、(3)有一定比例之基礎醫學考題與臨床醫學相關、(4)臨床醫學考題能測驗出應考人之診療及決策能力、(5)制定與推行面試及技能測驗。

### 、結語

要提升醫療服務品質，除改良醫事人員之教育訓練以外，還必須有優良之考試方式及完善之醫療制度。若教考用三者無法互動配合，任何一方