

醫六 江原正

醫六 黃禎憲

新醫師法實施前後

(一)歷史的回顧

民國肇造至今六十餘年間，我國醫療政策的變遷不可謂不大。醫療衛生行政始終未臻理想，密醫偽藥及一般民衆未能樹立正確醫療觀念，數十年來一直困擾我國醫政單位。自從新醫師法及藥物藥商管理法嚴格施行後，密醫偽藥已漸漸得以控制，而如何提高國民正確的醫藥觀念，將成爲今後衛生單位要努力的大目標，唯有完全的提高國民正確的醫藥觀念密醫偽藥方有完全根除之日，全民健康也才能有所保障。鑑往知來，從歷史的回顧裏也許有助大家明瞭我國醫政發展與密醫滋生間的關係，從而對於醫政未來發展方向有所體認。

民國初年，國內深受革命風潮影響，對於以科學爲基礎的西方醫學充滿信心，政府也訂定了革命性的醫療政策。當時教育總長汪大燮支持西醫的態度極爲強硬，民國11年3月政府分別公佈“管理醫師暫行規則”和“管理醫士暫行規則”。新醫稱爲“醫師”舊醫稱爲“醫士”；前者指正式受醫學教育者不須要考試，後者則是曾經各該地方警察考試及格准許開業，政府的政策是以新醫取代舊醫。可是其時社會背景及醫療條件配合不上新醫療政策，以致新措施不能順利推行。

民國17年11月政府設立衛生部，翌年一月公佈“醫師暫行條例”。二月間在全國衛生會議上，有人提出“廢止舊醫以掃除醫事衛生之障礙案”主張對中醫停止登記，禁設學校，不准宣傳等等，引起全國中醫強烈反對。但政府仍於民國十九年五月公佈“西醫條例”並宣佈不訂定“中醫條例”此舉受立法院反對而作罷；五年後政府公佈“

中醫條例”承認中醫在法律上的地位。

民國32年國民參政會通過了孔庚提出的中醫西醫平等待遇案，將“西醫條例”與“中醫條例”合而為一，成了現行醫師法。其內容最引人詬病的是，它對醫師的醫療行為嚴格管理，對於“非醫師”的醫療行為却毫無限制，這個漏洞使它30年來成為密醫的搖籃，條文中另規定“曾執行中醫業務五年以上者得應中醫師之檢覈”這又否定了醫師教育的重要性，任何人只要掛牌行中醫五年就可以取得醫師資格，這間接的鼓勵了密醫的滋生。

政府有鑒於此，乃於民國51年12月提出醫師法修正草案，經立法院五年的長期討論，其間各方人士、輿論於院內院外展開一番激辯，加上中西密醫、中醫、軍醫、齒模承造工人連番請願，一波三折，才於民國56年5月完成立法程序，經總統明令公布。好事總多磨，彼時僅受短期訓練功在國家的退役軍醫就業問題尚未得圓滿解決，故實施期限一拖再拖，遙遙無期。幸虧於61年決定「特種考試國軍退役醫事人員執業資格考試條例」之實施期限為三年而將於64年9月10日屆滿，才使新醫師法之實行有個期待的日子。三年中一共舉辦了特考、檢覈面試共六次，解決了軍醫問題，新醫師法方得以在5年的催生，8年苦等之後於64年9月11日正式實施！

(二)新醫師法的特色

醫師法之修訂其目的首在於加強取締密醫，但對於舊法之漏洞及醫師之懲戒也儘量加以救濟。其特點簡述於下：

(甲)增列牙醫師管理：舊法所規定之醫師種類僅有中醫師及醫師，而無牙醫師。換句話說，舊法未把牙醫師當做醫師看待。因此，多年來牙醫師就在“妾身未明”的情況下與鑲牙生、齒模工人併立於同等地位，等一口飯吃，這在一個典章制度齊全的文明國度裡，確是匪夷所思的現象。因此，於新法第四條特規定牙醫師資格，將牙醫師納入醫師法，而確定牙醫師在法律上的地位。

(乙)增加對醫師之約束：在新法實施之後，密醫將會消聲匿跡，但恐怕正式醫師因此抬高藥價，或有其他不良行為，故特闢第三章規定醫師之義務，對於醫師之醫療行為及其他相關業有嚴格且合理的約束。尤其對於以往醫藥廣告浮濫、不實、吹牛之現象，特修訂第18條規定「醫師對於其業務，不得以自己、他人或醫院診所等名義登載或散佈虛偽、誇張，妨害風化或其他不正當之廣告……」，以期淨化醫藥廣告，使百姓免受欺騙之虞。

(丙)建立取締密醫之根據：舊法26條規定醫師未領開

業執照擅自開業須處三百元以下罰鍰，此條之處罰對象是取得資格之醫師，而對於不具醫師資格之密醫居然無處罰之條文！在此條文漏洞未被密醫識破之前，衛生機關均引用此條處罰密醫，罰款雖少，總算還有個阻嚇之功。但在民國四十二年，台中市某密醫在被取締之後竟提出行政訴願，經行政院裁定謂：該民並無醫師資格，未能依照醫師法第二十六條處分，原處分罰鍰部分撤銷。從此連唯一的一道攔阻密醫泛濫之脆弱堤防遂被沖毀殆盡，密醫如洪水般亂竄於大街小巷、鄉村和城市，而我們對之卻一籌莫展。故新法28條規定：未取得合法醫師資格擅自執行醫療業務者，處一年以上三年以下有期徒刑，……為密醫之取締建立強有力的根據，如此才能防止密醫繼續為害國民。因28條是新法之精神所在，為求進一步瞭解此條文，以下節錄較為客觀的解說：

(1)“合法醫師”必須具備的條件：

①中華民國人民經考試院醫師考試合格，領有醫師考試及格證書者。

②領有中央衛生主管機關核發之醫師證書者：前項所稱之醫師包括“醫師”、“中醫師”、“牙醫師”。

(2)“擅自”：

①未具醫師資格執行醫療業務者。

②應由醫師親自執行之醫療行為，由非醫師執行者稱為擅自；其他得由醫院診所輔助人員，在醫師指導下執行之醫療行為不視為擅自執行醫療業務，但該行為應視為該指導醫師之行為。

③醫院診所輔助人員未經醫師指示，逕自執行任何醫療行為，或於醫師在場時執行應由醫師親自執行之醫療行為，均屬擅自執行醫療業務。

(3)醫療行為

凡以治療矯正或預防人體疾病、傷害殘缺或保健為直接目的，所為的診察、診斷及治療或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方或用藥等行為的全部或一部的總稱。

(4)醫療業務

係指以醫療行為作職業者而言，不問是主要業務或附屬業務，凡職業上予以機會，為非特定多數人之醫療行為均屬之，但不以收取報酬為要件。法令另有規定者從其規定。

(三)密醫的取締

在行政院發佈命令，決定64年9月11日為實施日之

後，台灣高檢處邀集中央及省市衛生機關與警察機關，舉行加強查辦密醫座談會，會中規定各地檢處應聯合當地衛生所及警察機關，召開查辦密醫聯繫會報，先做好準備工作，成立行動中心。

彼時取締密醫的優先次序大致是：一、曾在報刊電台做廣告宣傳者。二、曾經衛生局取締有案者。三、公開懸掛市招者。四、以藥房為掩護為人診病或有注射行為者。五、新醫師法公布實施後新發現的密醫者。

新法施行初期，各地確也曾雷厲風行過一番，頗有斬獲，可惜到後來因種種客觀因素之影響，取締行動由積極漸趨於消極。新醫師法實施至民國 65 年 5 月底台省共取締 175 件，台北市 10 件；又據台北縣衛生局的報告，自民國 64 年 8 月至 65 年 3 月接獲密告或機關會辦查緝涉密醫案有 155 件，而移送法院偵辦有三件，違規處罰七件，廣告處罰兩件。但據非正式的統計，台省密醫人數約在兩萬人左右，由上面的取締數目，可見真正受到處罰者的比例顯然偏低。又據筆者所瞭解目前被查獲之密醫多數被判一年二、三個月徒刑，但均緩刑兩年、四年不等。可見除了比例偏低之外，目前之政策似尚考慮到其家庭生計問題，未立即加以重罰。

儘管取締工作並不十分順利，但醫師法明文規定的重罰依然構成一股嚇阻力量，不少密醫轉而出高薪聘請有照醫師「坐枱子」，合作開設醫院，這種“出租執照”的醫師大抵可分兩類，第一類是本身雖有執照但無足夠的能力與經驗看病人，因此退而求其次，將執照出租坐領乾薪。第二類是醫師年歲已屆退休年齡，但將執照攔著不用又嫌可惜，因此出此下策。這種變相的密醫行為防範不易，只有等待全民醫藥觀念提高，不肖醫師徹底悔悟後方有根除之可能。

一般最明瞭密醫的自然是居醫療第一線的開業醫，要徹底消滅密醫保障國民健康，也唯有開業醫破除“不敢得罪”的觀念，主動和醫師公會聯繫；而醫師公會本身也要破除人情之私，堅強起來和查緝單位主動配合，如此在法律支援下認真掃除密醫才能有確切的成效。

四、密醫的出路

新醫師法實施後，蔣院長曾剴切指示：不容再有密醫存在。因此除前述變相密醫外，今後密醫的出路有二條，一是接受政府輔導轉任保健員，二是改業。

參加保健員特考的資格目前已規定：曾經取締有案，

請願有案，在醫師法實施後無正當職業可維生者准予參加特考。醫政單位的構想是：密西醫經特考轉任公衛保健員，密牙醫轉任口腔衛生保健員。前者的工作性質經筆者往訪衛生署，略謂將來可擔任衛生所、學校、工廠等的保健員或任職清潔隊云云。至於其較詳細的工作範圍內容則有賴醫政單位更進一步的研擬公布以免造成一般民衆的錯覺。

目前台省牙醫師缺乏的情形較嚴重，約仍有一百九十個鄉鎮沒有牙醫，且每位牙醫師要照顧近兩萬人。因此醫政單位計劃將口腔衛生保健員派到人口 3 萬以下而無開業牙醫的鄉村，在合格牙醫或公家醫師的指示下做(1)止牙痛；(2)鑲牙的工作。

以上所論有關保健員的構想尚有許多難以瞭解之處，尤其有關口腔衛生保健員方面。我們期望衛生主管單位在將這個構想付諸實行前能慎密考慮可能發生的問題，及早綢繆。

到底密醫對於保健員考試的興趣有多大呢？據本刊工作同學到鄉村與查訪密醫的結果發現一般對保健員考試不太熱衷：沒有被取締過的密醫（佔大多數）自嘆以前運氣太好了，直到現在才沒有資格；土生土長的老密醫則擔心考上之後，要離開家門到遠地上班；生意鼎盛的人又瞧不起保健員的薪水。只有少數野心勃勃的密醫才有興趣參加考試，他們夢想幹了幾年保健員之後，有朝一日可搖身變為「乙種醫師」。假如這種情形具有代表性的話，那麼舉辦保健員考試的效果就頗為有限了。

五、新醫師法的反響

在一番爭吵聲中粉墨登場的新醫師法，少不得要遭到台下觀眾的指指點點，品頭論足一番：有人拍案叫好，有人同情密醫餓肚子；有民間陳情也有議員破口大罵；真是風起雲湧，嘆為觀止！先是嘉義縣東石鄉千餘民衆具名陳情，意謂密醫停止診療後鄉民無處求診，連衛生所亦無醫師云云，請求暫緩實施醫師法。後有千餘密醫，由各地到台北鐵路餐廳集合，集體向政府請願，謂彼等衣食無著落，且鄉間無醫師加以正式醫師抬高診療費，請求從寬執行等等；更令人驚奇的是嘉義區有位王先生競選中央民意代表，竟以廢除新醫師法為號召；時至最近仍有人代密醫請命，中國論壇第二卷第五期「廢止密醫能解決問題嗎？」一文認定密醫不輸正式醫師，並建議雙方來個考試，以見高下。凡此種種，衆說紛云，是非曲直，竟也一時說不清楚。不過各家爭論的焦點總不外乎兩點：即(甲)鄉村醫療問

題與(乙)診療費問題。

(甲)鄉村醫療問題：由東石鄉村民聯名陳情這一事件至少暴露了幾個問題：其一，偏遠地區醫師缺乏；其二，鄉民醫藥觀念有待加強；其三，衛生所積弊久未解決。

在鄉村，各方面條件均難以吸引醫師前往開業，而目前鼓勵開業醫下鄉服務只限精神上的鼓勵，“水流濕、火就燥”醫師自然不願意捨棄城市開業的優厚條件而下鄉。因此，部分鄉下合法的民衆醫療處所就只剩衛生所了。

“無醫村”事實上並非台灣才有，即使進步如美國，每六百人有一名醫師的情況下仍有許多小城鎮無醫師。由此可見，醫師數目再多，分佈不均的現象仍不會完全消失。憲法規定：人民有遷徙、居住之自由。政府不能強迫開業醫下鄉執業。因此目前可行的辦法唯有從加強衛生所的功能上著手，使能確實負擔民衆的醫療。另外再訂定獎勵措施，諸如比照政府鼓勵與建觀光旅館的辦法，開業時貸款助之，開業前數年減免稅率……等等。

據調查結果顯示，鄉村衛生所經費約 80 % 爲人事費，其餘 20 % 才是門診，預防接種、婦幼衛生、公共衛生、家庭計劃等的經費，以此寥寥之數實無法負擔民衆的門診醫療，此令多數病患轉而求診於密醫、巫醫或神棍之流。鄉民醫藥觀念停滯不進，密醫猖獗實在都滋生於此。

有關鄉村醫療問題，蘇育諒等幾位同學曾做深入之調查研究，請參考本專欄下文「鄉村密醫探索——兼談其現代化背景」。

(乙)醫療收費問題：最常被論者詬病的大抵是台北市的幾家貴族醫院，這類醫院畢竟是少數，在自由經濟社會裏自然會有家境富裕的願意花大價錢來看病，可說大部分是順應社會需求而產生，在此不擬贅言。

一般私人醫院的醫療費用因醫師個人經驗、能力的不同，而各種病在不同的人身上治療的方式又往往不一樣，因此要硬性規定一成不變的收費額實在不容易。目前有關單位以台灣省立醫院收費爲準，議定的私人醫院收費標準大致是：(1)掛號費、診察費以不超過省市醫院的兩倍爲準。(2)手術費等金額大者以不超過省市醫院的 1.8 倍爲準。

台北市的標準略高於台灣省；一般密醫收費較醫師收費爲低是事實，大致上，約爲一般開業醫的一半左右。據蘇育諒、施培國、王金聲等人在都市與鄉村調查結果，因收費低廉而找密醫看病者佔相當大的比例。這說明了節儉的觀念與馬虎的觀念仍根深蒂固的存在著。而一般家庭不把醫療費用列入日常開支項目或多或少也造成醫師所收醫

藥費昂貴的感覺。

總之，對醫療收費的看法見仁見智，本就不易有準則，在此，筆者只能引用一位先輩的話來自勉勉人：

“良心診病，良心收費”

(六)解決醫藥衛生問題的新展望

由於新醫師法施行，一年來醫師數目、醫療費用、鄉村醫療、密醫的取締與輔導等等問題陸續再被提出來認真討論。不論如何，在謀求解決問題之際，我們必須堅持新醫師法的基本原則與精神不應再被破壞；爲了確保國民健康，即使醫師數目不如先進國，也不能以密醫去濫竽充數。

“不患寡而患不均”是當前衛生人力問題的最好說明。台灣地狹人稠，人口分佈相當集中，絕大多數在各個平原與盆地上，交通也相當方便，少數幾個無醫村在鄰近鄉鎮必能得到醫療服務，無須再假手於密醫來診療。何況自民國 58 年開始舉辦醫事人員執照考試以來，七年間尚未取得資格的醫師有 337 人，牙醫有 190 人，藥劑師有 1609 人，護士有 457 人。這一批經正規訓練的巨大衛生人力，政府若能妥善輔導運用，必是解決當前問題的一大助力。

關於醫師“分佈不均”的解決方法，目前醫政單位研議已多，相信不久必有妥善的解決。諸如：增加偏遠地區衛生所的編制與設備，提高門診能量；抽調部分醫科預官至偏遠地區衛生所服役；由各地省立醫院增加員額，實施輪調制支援各地衛生所……等等。

以台灣目前情形而論，解決偏遠地區醫療問題並不十分困難，相信只要確立一套完整可行的制度法令，這問題當可迎刃而解。

一年來衛生署已先後針對問題提出了“山地醫護人員養成計劃”；增加省立醫院醫師員額 46 人；成立北中南三地區示範衛生所；擴充各地衛生所建築，增添設備等等計劃。

此外吳基福立法委員曾多次指出，國民醫藥觀念數十年來進步不夠，影響國民健康至深且鉅，間接造就了許多密醫。今後除了注重科學的醫療外，應不偏廢提高國民醫藥衛生觀念。我們對吳委員之看法深表贊同。要是國民醫藥衛生觀念不進步，縱使醫生人數再多，密醫問題依然無法只靠一道醫師法 28 條來解決。唯有認清這一點，朝著使國民醫療觀念現代化的方向邁進，才能根本解決密醫問題。