

是誰殺了醫德？——籲請政府抑制房價與物價

1976年美國慶祝其獨立兩百週年的時候，曾經喊出一句相當發人深省的口號：「這兩百年來我們做錯了什麼？」他們可不只是喊喊口號而已，而是著實狠狠地自我檢討一番——其中很重要的一項是他們自覺虧待了境內的少數民族，例如殺戮印第安人、奴役黑人、歧視華工等政策（最後一項著墨最少，大概是龍的傳人少有抗爭行動吧！）。但是他們仍然自找臺階地歸咎於拓荒時期「生存競爭激烈，先民缺乏安全感，不得不爾……」云云。相同地，如果有人將目前臺灣牙醫醫德淪喪的問題，也歸咎於「生存競爭激烈，牙醫缺乏安全感，不得不爾」的話，只要再繼續追究造成這種環境的原因，必可發現房價及物價的高漲若非主謀即是從犯。

記得大約是1980年，北醫總校友會會員大會請柴松林教授演講當時臺灣經濟的狀況，柴教授在席中曾道出一句驚人之語，他說：「房、地價高漲（當時尚未流行「狂飆」一詞），是亡國的開始。」他所持的理由是臺灣屬海島經濟形態，主要靠外銷；如果房地產高漲，廠商覓地建廠成本必定提高，外銷競爭能力必然削弱，那麼經濟就發生危機。但是，他說歸他說，房、地價照漲不誤，與當時相比，今天大約上漲了五倍左右，然而牙科的收費標準大致上仍是分文未漲。

當然有人會說這是供需失調的必然現象，但是很難令人信服的是，房地價在1987年以前一直維持平穩，怎會突然一夕之間供需問題突顯了呢？同樣的，我們也很難相信牙醫人力只是隨著全國總人口增加而比例地增加，但收費標準卻無法比照國民平均收入及購買力之增加而跟著上升？如此維持不變的收費水平，實質上反而是降低的。這原因到底是當局刻意壓抑呢？或是同仁們互相傾軋、競相削價呢？或是大有為政府「吃柿子，挑軟的」——只管得了一盤散沙的牙醫團體，卻無法克制大財團的炒作呢？箇中原因值得我們探討。

當然醫德淪喪之原因很多，例如社會風氣急功近利、醫學倫理教育付之闕如、國人敬業精神不足的草率劣習等等。但是試想一個開業

已七、八年的牙醫師每天老老實實辛勤地工作十幾個小時，有一天突然發覺到這兩年來他的房租連漲了兩次，辛辛苦苦收入的一大半要送給那大字不識幾個的房東去花天酒地，甚至他必須年年生活在「房東的兒子要娶媳婦而被迫遷徙」的恐怖中。如果他想買間屬於自己的店面，則必須不吃不喝地儲蓄五十年方能達成願望。一旦他稍稍在收費上「調整」個百分之十左右，則患者要罵街，輿論要撻伐，當局要干涉；您想，如此還能要求他謹守醫德嗎？這個社會各行各業的物價都上漲了，從來就沒有人以道德規範相責，似乎唯獨對醫者要求扮演不食人間煙火的聖人角色。更荒謬的是，某報醫藥版記者卻以歹徒視醫生為「肥羊」當證據，認為醫生仍屬高收入階層。人家漲價似乎不須任何冠冕堂皇的理由，只要說公會決定的即可（例如理髮、美容、洗衣等）；而我們卻似乎什麼理由都不被接受。難怪許多牙醫同仁只好挺而走險——15分鐘連帶印模及車牙一氣呵成；不管第幾類窩洞通通是做牙套的適應症；甚至乾脆投身股票投機市場。所謂「倉廩足然後知廉恥」，誰能怪他們「薄利多銷」呢？

一位美國籍的亞洲問題專家曾經發表過：臺灣海峽兩岸年輕人的問題各有特色——中國大陸的年輕人願受教育，臺灣的年輕人願從事生產。如果有一天臺灣的年輕人演變成「既不願從事生產又不願受教育」，那麼臺灣的社會必定面臨所謂「前所未有的浩劫」。教育如果無法成為將來安定生活的保證，那麼此種教育一定是與現實社會脫了節；生產如果無法換取存活的基本條件，那麼此種生產必定面臨停頓。如果教育與生產本身都沒問題，那麼就是這個社會生病了——我們堅信房價與物價的狂飆絕對是一種社會的病態現象。

在一個資訊雖發達但無法以理性態度來過濾的社會，人云亦云瞎起哄是常見而不健康的現象，政府當局如果無法適時扮演賢能角色予以疏導或制止，那麼整個社會必定陷入失序現象，這種政府也必定失去民衆的支持。所以我們再一次誠懇地呼籲政府抑制房價與物價的狂飆！

平議藥師請願「醫藥分業」！

— 孫安迪 —

報載，為維護藥師權益，全省兩千多家藥局藥師，日昨不惜全面歇業，分赴衛生署、勞委會等單位，展開「藥師千人大遊行」的請願活動。

請願的主題是「還我藥師生存空間」、「醫藥分業」、開放「勞保藥局」及在勞保給付中增列藥師調劑費等。

筆者看到西藥市場，每年三百億到四百億消費額左右的大餅，祇有40%為藥房所有；而38%為醫療院所病床為50床以上）、22%為私人診所分佔。又見到台灣地區有一萬四千家以上的醫藥房養有藥師、藥劑生和藥房老板。以及合法藥師、藥劑生受到醫師、藥房老板合法、非法

的分享「調劑」及「賣藥」工作。因此，極為理解並同情當全民健康保險實施時，未被納入體系的恐慌和憤怒。

但筆者也必須指出，現今「醫藥不分」背景的錯綜，以及衛生署藥政處祇能同情而不能主導的無力。關於前者，要考慮到歷史包袱，醫師也具法定調劑權，以及病人祇知拿藥付費不知診療價值的錯誤觀念；但是，藥房從事處方、打針也是造成「醫藥不分」的另因。關於後者，衛生署藥政處不能祇光表同情，也不能在礙於現實環境以及受困於勞保法規，就可疏忽主管單位的職責，而云：「醫藥分業」及「保險藥局的開設」，職權不在衛生署

，而是保險規劃設計的問題，且全民健保實施後，再從事「醫藥分業」的工作。

基本上，歐美先進國家都實施「醫藥分業」，雙重監控（不是制衡）下對病人是較有保障。醫師確實應是「處方」而不「調劑」，但藥師也應「調劑」而不「看病」。

筆者建議，明年衛生福利部下要先統籌有關單位、法令、政策，並作文宣和教育民衆的工作。「醫藥分業」確是巨大工程，非朝夕所能。但起碼，先把為數不多的示範藥局納入勞保好有層次之別，再於全民健保實施時，逐步將合法的藥局、藥房納入體系，這是政府無可旁貸的職責。

為中華民國口腔病理學會就教於衛生署和勞保局

一、衛生署方面

牙科受過全身病理訓練多年，甚或已擔任副教授、教授，都不能有病理專科醫師資格，合理嗎？

1. 是否有病理醫師資格，要依據其專業訓練過程和素質，而不是看醫學系或牙醫學系證書。

2. 有牙科出身多人，在病理界享有盛譽，但卻不能成為病理專科醫師，而其訓練出的學生卻早有病理專科醫師資格，豈不奇怪？

3. 至七十七年三月止，祇有病理醫師八十三人，牙科出身從事多年臨床全身病理診斷者（硬被掛上口腔病理專科醫師）十八人，共一〇一人，尚欠缺極多病理專科醫師。當此極度影響病理診斷時效和品質時，刻意排除優

秀牙科出身的病理醫師，是否週全？

4. 目前，臺大和國防病理研究所一直招收醫學系和牙醫學系畢業者，給予嚴格的全身病理訓練，但畢業後卻有差別待遇，是否得當？

5. 法律是不究既往，且先有事實後才有病理學會。何況這些牙科醫師又有全身病理訓練的背景和經濟，甚或在國外極負盛名的病理機構研習過，如此不當規範，難合於法、理、情。

建議：病理專科醫師資格取得，衛生署負監督責任，應考量訓練事實和訓練品質，而不是取決於是否牙醫出身。

二、勞保局方面

牙科目前尚無專科醫師，但勞保局卻規定口腔病理報告要有

病理專科醫師證書字號才給付，極不合理。

1. 口腔病理報告，目前要由病理醫師簽名才給付，但病理醫師不但人數有限只有八十三名，且未受口腔專業訓練，因此不一定恰當。

2. 目前口腔病理醫師僅十八名，極不敷需要，且其中又有多人是純「病理醫師」，很少接觸口腔疾病。

3. 目前，牙醫界有多位經過嚴格口腔病理訓練的教授、副教授，但因尚無口腔病理學會，故無法簽署報告，嚴重延誤病情診斷。

建議：勞保給付限制暫緩實施，待口腔病理學會成立並經衛生署認定專科醫師資格後才予施行。

作者／臺大醫學院牙醫學系講師、臺大牙科主治醫師、口腔病理學會理事