



76.2~76.8

台灣醫事 台灣醫事 整理 胡朝榮 台灣

推行轉診勢在必行 利益團體仍在較勁

台閩地區勞工保險局總經理徐學陶一月十日表示，今後大型醫院要申請加入勞保必須辦理轉診，一級教學醫院的勞保門診，駐診也要改為轉診，以早日建立轉診制度。

目前勞保給付相當不合理，一般診所每張勞保單一百四十元，大型教學醫院每張卻超過千元，此一差額造成民衆大量擁入大醫院，間接造成許多醫療浪費，同時，由於大醫院集中在少數城市，也造成不同地區勞工福利的不公平，因而轉診制度的實施獲得相當大的肯定。

然而，國內七所一級準一級教學醫院卻聯合發表聲明，認為轉診制度的實施將不利於教學工作的進行，並反對近期内施行轉診。但根據「大台北市區 161 家勞保特約醫院所對勞保轉診看法」調查顯示，近八成的醫院所完全贊成實施一級醫院轉診；而以立法委員黃明和爲首的全省中小型醫

院，也發表聲明，要求勞保局立即施行轉診制度。轉診制度何時施行？如何施行？恐怕要等這幾個「團體」的一番較勁之後才能明朗化，但轉診之爭顯然是今年度上半年最熱門的醫藥新聞。

器官移植條例通過 非病死捐贈者須相驗

「人體器官移植條例」終於在立法院上次會期獲得通過，爲我國人體器官移植樹立了里程碑。

我國人體器官移植事實上技術已很進步，各大醫院都有相當的經驗，但人體器官移植一直未能立法，使得器官移植的推廣受到相當的限制，也是法學未能跟上醫學進步的一例。

在該條例中，爭議較大的是有關非病死捐贈者須由檢察官相驗後才能施行手術的規定。醫界立委多認為爲爭取時間，若與摘除的器官無涉，醫師應可即行摘取；但法界立委若沒有檢察官相驗會破壞刑事訴訟的程序，因而仍堅持非病死者須有檢察官相驗後才能進行手術。

這項規定獲得保留，台大第二例換心手術便循此項規定進行，但因當時腦死判定程序尚未公布，因而台北地檢處檢察官僅到場「了解」。

北醫首創醫師出診 醫療不再局限醫院

台北醫學院附設醫院於三月十三日起實施國內首創的醫師出診制度，以滿足行動不良病患之需求。初期由於人力有限，將僅限於台北市忠孝東路以南、和平東路以北、敦化南路以東範圍內的大安區及松山區。

需要醫師出診的病人，可委託他人掛號，掛號後醫師即隨車前往診治。每次出診費用是六百元，由病患自行負擔，檢查費則可望由公勞保給付。

從最近衛生署及台北醫學院分別構思通訊醫療及醫師出診制度來看，雖然前者乃全面性的大改革，而後者僅爲惠及社區的小制度，卻都不約而同賦予未來醫療行爲多樣化的面貌。

通訊醫療是在偏遠地區醫事人力缺乏下，以現代傳真設備協助醫師診

療，醫病雙方俱感便利。但通訊醫療所造成的危險性易滋醫療糾紛，影響醫師參與意願，此一問題在通訊醫療網全面擴大實施前，勢必納入考慮。

醫師出診的作法，則近乎公醫制度的走向，今後若醫師皆能接受出診的方式，為有需要的病人提供適切的服務，毋寧是民衆的一項福利。

醫療行為為因應時代的快速變遷，而出現新的適應模式，不但醫師可重新審視自己的行業，民衆也開始擁有多重的選擇，在一個多元化的醫療社會裏，這是一個值得醫師與病人共同關心的趨勢。

勞保局今年有赤字 城鄉差距已減少

行政院衛生署現正積極籌建全國醫療網，期望能在民國八十九年，即公元二千年前，提早施行全民健康保險。

有關單位認為全民健保的施行取決於三個條件：醫療資源是否健全、政府財政負擔能力及國民所得；根據經建會的分析，民國八十九年前，我國應有能力施行全民健保，衛生署同時擬定了實施步驟：(一)民國七八年實施勞保退休人員繼續保險，八十年農保全面實施。(二)八十年起分三期辦理勞工及農民的眷屬保險。(三)其他人員。

但是，去年度的勞保卻首次出現了十億元的赤字，無異為全民健保蒙上一層陰影，而農保的巨額虧損也讓

人憂心忡忡，國內多位專家因而建議，應建立「病人分擔部分費用制度」以避免醫療浪費。

勞保局九月公布了去年對相關醫院所給付的金額，長庚醫院在住院費用上高居首位；其他如門診費……等各大醫院也都居高不下，此一情形令部分專家為勞保局的財務及各大醫院的營運甚表關切，他們擔心，這些醫院可能無法應付未來的經濟風暴。

亞東在北市設門診 醫師公會堅決反對

台北縣板橋亞東醫院申請在台北市設立門診中心，已獲衛生署初步同意，但衛生署要求，門診中心的設立須和台北市醫師公會取得協調。

台北市醫師公會認為台北市醫師人口已經過剩，而且醫療法明文規定，財團法人以設立百床以上的醫院為限，而台北市目前根本不能再建百床以上的醫院，因此堅決「護法」。

亞東醫院則認為，設立門診中心將不徵調非台北市的醫師，門診中心是一種都市型的群體執業中心，對提高醫療品質有莫大的助益。

夾在中間的衛生署則解釋，門診中心將來和亞東醫院不能有關聯，已改名為「遠東門診中心」以符合相關規定，此外，當初要求財團法人以設立百床以上醫院為限，是要限制財團法人的財力，既然「財團法人徐元智醫療基金會」有能力設立亞東醫院，門診中心當然沒有財力上的問題，因

此准許設立並非違法。

但是，台北市醫師公會仍認為，此例一開，將有大批大醫院的「門診中心」擁向台北市，會使醫療費用再形上漲，受害的將是民衆，而衛生署主動為大醫院找醫療法的漏洞也很讓他們不解。

醫師人口將滿和 全民保健蒙陰影

根據統計，截至75年底為止，台灣地區共有執業醫師一萬四千八百一十八名，即每萬人口有7.36名醫師，與69年的一萬一千九百七十二名相較，6年間成長20%。若以地域來區分，每萬人口醫師數以台中市的14.246名為最高，台北市14.089名居次，嘉義市的13.926名第三。

又根據另一統計資料顯示，都市醫師人口比已達飽和，而平地鄉醫師人口比逐年提昇，城鄉差距逐漸減少。衛生署在醫療網構想中，希望台灣地區在公元二千年達成每千名人口有一名醫師以上的目標，以現今成長速度來看，將不難達成。

腦死判定程序公佈 計劃設立專科醫師

衛生署九月十七日終於公布了腦死判定程序，並計畫設立腦死判定專

科醫師。

「腦死即死亡」在中華民國醫師全聯會七十三年聲明後，已得到法學界、宗教界、社會心理學界的共識，而「人體器官移植條例」中規定，衛生署應公布腦死判定程序以供人體器官移植時援用。經過幾個月的會議討論之後，原則上目前的腦死判定程序仍僅適用於器官移植手術，未來是否能被各界接受則有待進一步努力。

AIDS防治立法 降低刑罰雙管齊下

衛生署已草擬完成「後天免疫症候群（AIDS）防治法草案」，強制愛滋病的可疑病人接受檢驗，並對「故意」傳染愛滋病的人處以刑罰。

原草案中規定，對於已知感染病毒的人進行輸血，捐贈器官或性交等處以重刑，但為顧及人道立場，並求病人的合作，衛生署已先行修正了相關條文，大幅降低刑罰。

衛生署也決定引進AZT、干擾素、及中藥治療愛滋病的藥物，委託台大、榮總、長庚及馬偕醫院進行臨床試驗，以期「多管齊下」做好愛滋病的防治。

設立基金或買保險 建立疫苗傷害補償

國內出現第一個小兒麻痺疫苗傷害案後，疫苗傷害的補（賠）償，成為公共衛生界關心的問題。衛生署藥政處已決定研究建立疫苗傷害救濟制度。

藥政處黃文鴻處長指出，疫苗傷害救濟制度必須建立在「無過失責任」的前提與共識下，當疫苗傷害發生後，不須證明藥廠的過失，即可獲得立即的救濟，以免受害者須經冗長的訟訴過程，才能獲得賠償，錯失醫療與復健的機會。

專科醫師草案提出 醫療水準待提高

行政院衛生署已研擬完成專科醫師分科及甄審辦法草案，明定衛生署得依法委託醫學會辦理專科醫師甄審事宜，但醫學會或不健全或發生派系糾紛，乃至醫學會代表性不足時，衛生署得終止委託關係。

未來適用專科醫師的對象，包括醫師、中醫師及牙醫師三類，每一名醫師以參加二科專科醫師甄審為限。

由於目前各醫學會都由各大教學醫院負責，因而許多醫師擔心，未來實施專科醫師制度之後，學會可能有被少數壟斷的情形，而目前一般的開業醫師也耽心將來不得其門而入，在醫療糾紛中可能吃虧。

但是，專科醫師是進一步提昇國內醫療水準的一大利器，在各大醫院紛紛在各醫學會「搶灘」之餘，醫界應更自我要求。

醫院評鑑將展開 依醫療網改分四類

至於救濟制度應以設立基金或買保險的方式來達成，則尚未有定論。

台灣地區歷年來最大規模醫院評鑑將在今年八月展開。為配合醫療網的建立，將一改以往教學醫院分級制度，而區分為醫學中心、區域醫院、地區綜合醫院及地區專科醫院四類。

凡是申請為醫學中心及區域醫院者，須同時申請為教學醫院，申請為地區綜合醫院及地區專科醫院者，則必須註明是否為教學醫院；評鑑結果將提供公、勞保指定特約醫院的參考。

據有關單位表示，這次評鑑將以「服務品質」為主要評鑑目標，硬體設備不再佔主要評鑑項目。

心臟移植台大首例 本刊製作移植專輯

台大醫院朱樹勳教授，在七月完成了國內首例心臟移植，由於這項手術違反了醫療法中有關人體實驗的規定，台大醫院及朱醫師受到了衛生署處罰，為此國內燃起了近一個月的「救人或守法重要」的辯論，堪稱今年下半年最熱門的醫藥新聞，有關詳情請參閱本期內文。