



台灣醫事 76.9~77.3

整理：陳建宏

編按

以下醫事新聞節錄自「台灣醫界」1987年9月至1988年3月之醫界新聞。盼讀者諸君能從變遷的蛛絲馬跡中，預見台灣未來醫界的藍圖。

肝肺移植非屬緊急 未經核准不得施行

衛生署醫政處八月三日表示，各醫院未經核准，不得擅自施行肝臟與肺臟移植手術，即使口頭報備也不允許，因為肝肺移植並非緊急手術。

關於肝臟移植須報請醫事審議委員會審核。至於肺臟移植手術，國內尚未做過，在國外也尚屬人體試驗階段，衛生署將繼續邀請醫界舉行肺臟移植審核預備會。

平衡紓解財務壓力 保費將升百分之一

為杜絕不必要醫療浪費，使保險制度更趨健全，在八月二十日行政院院會

中宣示，配合衛生署醫療中心制度之建立，及早實施醫療轉診制度，避免民衆小病至大醫院看病，並使被保險人部分負擔制，應儘快付諸實行。

加強培育醫師人力 提高千人一位目標

行政院經濟建設委員會於九月十六日在該會人力規劃處報告「台灣地區未來醫師人力供需之探討」時，建議衛生署將台灣地區未來醫師人力供需長程目標，定為每名醫師服務七百人口。

根據衛生署今年三月訂定的台灣地區衛生人力發展長程規劃，其目標是在西元兩千年，每一醫師服務人口數為一千人。據此，我國將提前達成目標，未來數年並將發生醫師過剩的現象。但經建會則認為，每千人口一位醫師的比例是聯合國為開發中國家所訂定的努力目標，其估計，到今年年底我國就能突破此一目標。

經建會指出，美國平均每位醫師的服務人口數大約是五百人，日本約為六百六十多人。故該會決定，以公元兩千年台灣長期經濟規劃的水準，提高每千人口一位醫師的政策目標，以為未來開發醫師人力資源的依循，解決醫師，尤其是西醫師人力不足的問題。

針對未來保險業務 轉診部分負擔必行

近來勞工保險財務收支短絀，加上

老年給予逐年增加，醫療費用持續上升，為能紓解未來財務壓力，台灣勞工保險局擬將勞工保險費率提增百分之一。

據統計，勞保局目前已嚴重虧損，七十五年短絀十一億四千二百萬元，七十六年度短絀二十三億四千四百餘萬元，逆差金額逐年擴大，若不嚴加管理，擬訂對策，將來包袱將不堪設想。

勞工保險自民國三十九年開辦以來，被保險人數已突破五百萬，由於經濟環境的變遷，被保險人的權利意識逐漸提升，加上「取用愈多，受益愈多」的心理，醫療給付急遽上漲，且老給付增加，而保險費率偏低，平均薪資難以提高以及利率降低利息收入減，致七十五年度起發生收支無法平衡。

未來謀求解決之道，勞保費率的增只是治標的方法之一，使各界體認勞工保險互助共濟和危險分擔的意義，珍惜醫療資源，避免投資與浪費，才是解決問題的根本之道。

三百醫師加入服務 公醫制度跨前一步

行政院衛生署署長施純仁十月十日在台省省立醫院院長會議中表示，全面實施公醫制度是政府努力的方向，明年起每年即有三百名醫師赴各級醫院服務，預計公元二千年，公醫制度就可達成目標，使民衆享受良好的醫療。

服務。

施署長指出，推行公醫制度是必然的趨勢，而由於醫療技術的進步及民衆生活水準的提高，對於醫療服務的要求必更為殷切，爲使民衆對公立醫院產生信心，政府於三年前即訂定公立醫院改進計畫，並納入中央十四項計畫健全醫療體系，正持續推動中。

醫院臨床檢驗評鑑 十一優等十五待改

行政院衛生署公佈的七十六年度醫院臨床檢驗調查評鑑結果中，除了台大等八家達一級以上教學醫院不列等外，經評鑑爲優等之醫院計十一家，亟待改善之醫院有十五家。

績優之十一家醫院分別爲彰化基督教醫院、國泰綜合醫院、亞東紀念醫院、中山附設醫院、沙鹿童綜合醫院、逢甲醫院、台北市立婦幼醫院、長庚基隆分院、高雄分院、省立南投醫院、北港中正紀念醫院。

至於亟待改善的十五家醫院，衛署則未公佈名單。

勞保不再個別洽定 診費從此同病同酬

勞保診療費用給付制度將作重大變革，勞委會已初步確立「勞保診療費用支付標準表」修正原則，將指定醫院等

級制定甲、乙、丙三表，劃分不同醫療範圍，但相同疾病醫療給付標準則一律相同，以確立「同病同酬」原則，遭話病已久的大型醫院醫療給付「個別洽定」陋規將予取消。

原則上，甲表適用於區域醫院以上之大型醫院及醫學中心，乙表適用於地區醫院及專科醫院，丙表則適用於基層醫療院所，甲、乙、丙三表皆將依各級醫院規模、設備、醫療水準劃分不同醫療範圍，甲表總項目最多，亦包括較高難度項目，乙表次之，丙表只包括一般醫療項目。

勞保院所重新分類 大型醫院僅受轉診

勞工委員會於七十六年十二月二十九日正式公佈實施「勞保特約醫療院所特約及管理辦法」修正案，將特約醫療院所分類爲醫學中心及區域醫院、地區醫院及專科醫院、基層醫療單位等三級，其中屬於醫學中心及區域醫院等級的大醫院，除急診、癌症、尿毒症及額家庭醫學科門診或其他經中央主管機關認定之特殊重大疾病外，均以接受轉診爲限。

勞委會表示，爲給大醫院適當緩衝時間並適合目前中央衛生主管機關之醫院評鑑，此項轉診之實施將自七十八年十二月起實施，至於地區醫院及地區專科醫院除辦理住診業務外，得規需要暫時兼辦門診，而基層醫療院所則以收治

門診被保險人爲限。

未來醫療體系藍圖 公醫爲主私醫爲輔

行政院衛生署長施純仁在一次記者會中表示，未來我國醫療體系的建立，將走上社會福利國家公醫制的方向，但爲防止醫療品質的墮落，將同時兼採資本主義國家的私醫制度。

施署長以美國爲例說，資本主義國家醫療服務品質在經濟誘因下，確是一流，但因過度強調金錢，使得一些經濟能力較差的民衆，卻不能享受此一高品質服務，而採公醫制的英國，因醫師是薪水階級，工作興致與服務態度就不如美國醫師，對於急診病患固然會馬上處理，但對於非緊急病患之醫療，卻常拖延時日。

未來我國實施全民保險後，仍應以私人醫療機構爲輔。

人工生殖大致擬定 委託受孕暫不考慮

行政院衛生署在商討「人工生殖技術管理辦法」草案中，初步決定不准委託他人代爲懷孕。

關於應否同意代理孕母，曾被多次論及，結論也正、反互現，因此現已大致決定暫不同意代理孕母的方式，迨未來擬定相關的正式法令時，再考慮納入。