

醫藥新聞



醫藥日記

沈淑惠
劉茂彬

這一學年醫藥新聞，本刊分二期載記，三十四期止於七十五年九月三十日，本期醫藥新聞始於七十五年十月一日，止於七十六年三月三十一日，亦爲期半年，且同樣分三個主題蒐集整理，計有「醫藥日記」、「醫藥簡報」及「醫藥透視」，供同學參考。

醫藥日記，乃分日逐一記載，一目了然，不敢說具細彌遺，但求正確充實，資料來源民生報爲主，聯合報、中國時報爲輔。

醫藥簡報，醫藥透視乃以台灣醫界爲主要資料來源。

10.月 1.日衞署擬定分級標準草案，建立三級分工醫療體系

10.月 2.日知名學者爲仙靈與惠氏藥廠捏造研究報告，避孕藥安全性打上問號。

10.月 3.日人體器官組織移植法草案，行政院函送立法院審議。

10.月 5.日榮總証實皮內注射微量疫苗效果不佳，法美成功培育，試管B型肝炎病毒。

10.月 7.日衞署正式核准長庚購置西德道尼爾生產的HM 3型體外震波碎石器。

10.月10.日國防醫學中心展開籌建，投資百億預定六年完成

10.月15.日新型瘧疾在南非蔓延。

10.月17.日長庚推動「先看病後掛號繳費」。

10.月18.日高醫附設醫院婦產科新創舉，讓住院經驗成爲美麗的回憶。

10.月20.日引進干擾素治療菜花，台大今起辦理登記。

10.月21.日陽明研究製出三種單株抗體，有助於對抗婦女疾病。

10.月22.日長庚進行自體皮膚移植，治療成功後，將公開技術。

10.月24.日政院決定農保再試辦一年，作業維持現狀，暫不擴大辦理。

10.月25.日國內首對試管雙胞胎於榮總誕生。

10.月31.日美科學家研究後認爲川崎氏症是病毒引起。

11.月 1.日全面檢討現行接種政策，衞署正籌設預防接種諮詢委員會。

11.月 4.日衞署確認第三例ＡＩＤＳ，外籍病人現住在台大隔離治療。

11.月 5.日醫療分級標準通過。

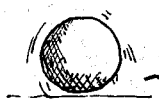
11.月12.日醫療法立法院三讀通過。

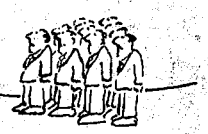
11.月13.日救護車行走高速路，議員建議免予收費。

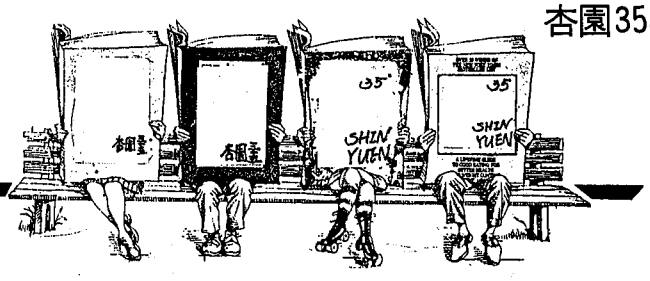
11.月16.日切除大腦右半球，大陸女子創新記錄。

11.月19.日治療嚴重新生兒黃疸，長庚正發展酵素療法。

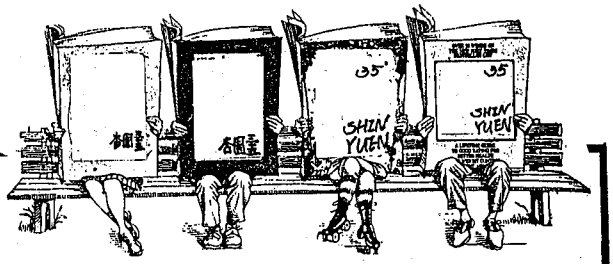
11.月20.日將中醫納入公保範圍，銓敘部正研擬方案，初步設針灸門診。







11.月 23.日台灣A型感冒席捲全美。
11.月 27.日醫療法公布實施。
11.月 28.日驗血可診斷癌症，美利用核磁共振發展成功。
12.月 1.日沙國一婦女自然生下，六公斤巨大女嬰。
12.月 4.日勞保決定全面降低洗腎給付。
12.月 7.日醫院拒絕優待同行，僅國泰醫院願打九折。
12.月 9.日全面取消住院保証金，衛署決定明年元旦起實施。
12.月 14.日三總使用骨骼影像分析儀，成功診斷尿毒病人骨骼異常。
12.月 15.日助產士老行業又有新起點，衛署積極修訂助產士相關法規。
12.月 16.日勞保局建議內政部，將一級教學醫院改爲轉診醫院。
12.月 17.日豆芽菜新用途，可提煉特殊酵素，B型血液轉換爲O型。
12.月 18.日心肝肺同時移植，英完成世界首例。
12.月 19.日台北市立醫院漲價，新標準直追省立醫院。
12.月 21.日母體內成功切除羊膜帶，三總完成首例胎兒手術。
12.月 27.日榮總高雄分院今破土。
1.月 1.日器官移植法草案初審通過。
1.月 3.日教育部指出，實施試管嬰兒人工受孕期間，公教人員均可請病假。
1.月 4.日首創眼角膜之著明眼科醫師卡斯托維荷逝世。
1.月 5.日低能雷射血管再接新技術，馬階首創實驗成功。
1.月 5.日榮總完成音聲分析。
1.月 9.日榮總發現似ＡＩＤＳ之女同性戀病人。
1.月 9.日考試院決定中醫特考停辦2年，再擬改進方案。
1.月 9.日洪文宗接管小兒科外科醫學會。
1.月 14.日馬階取消預收醫療費制度。
1.日 15.日國內已成功製造出血友病之濃縮粉劑。
1.月 16.日榮總創新記錄爲一年紀最輕、最小之病人進行動腦手術。
1.月 19.日長庚醫學院建校用地，已合法變更爲文教區，預計明年七月完工。
1.月 20.日中部又發現肉毒桿菌中毒→疑似爲醃製山產品。
1.月 21.日行政院核定通過衛署擬定之專勤制度實施要點。
1.月 21.日本第一名女性ＡＩＤＳ患者去世。
1.月 22.日衛署B型肝炎防治委員會決定成立國家血清銀行並擬今年七月一日起正式展開作業。
1.月 27.日長庚利用基因工程技術探測多種病毒，獲突破性進展，將應用於臨床。
2.月 4.日衛署委託台大、榮總、長庚、及高醫全面調查探討輸血後肝炎發生率。
2.月 5.日美研究出光泳動療法，治療免疫系統癌。
2.月 5.日衛署公佈放寬精神病患醫療補助資格。
2.月 6.日衛署已擬出建立專科醫師制度甄審辦法。
2.月 11.日冰凍自體骨髓治療白血病，台大已完成國內首例移植。
2.月 11.日衛署初步決議規定，非教學醫院不得做人工生殖。
2.月 11.日衛生署公告57所教學醫院，爲醫師訓練的指定醫院，本院附設包括在內。
2.月 12.日中國附設醫院成立試管嬰兒研究室。
2.月 12.日台大醫院近日內成立人體試驗委員會。
2.月 16.日衛生署決議在台北、高雄、台中建立都會區緊急醫療系統，並計劃在今年度完成。
2.月 18.日腦膜炎疫苗在加拿大臨床試驗成功。
2.月 19.日衛生局決定成立市立醫療院之廢物管理推展小組，建立管理體系，以助中央訂立廢棄物處理標準
2.月 20.日下月開始台北鐵路醫院將交由省衛生處接管，成爲省立台北醫院城醫分院。
2.月 20.日衛生署公布實施省立醫療機構，嚴格貫徹醫師專勤制度。
3.月 2.日長庚醫院計劃開辦全國公保門診與住院醫療業務並採用ＤＲＧ給付方式。
3.月 7.日勞保局重申：一級教學醫院勞保轉診試在必行。
3.月 10.日七所一級教學醫院院長發表共同聲明，在有關基層醫療網的各項工作未臻理想前，貿然實施轉診制度必然會引起許多弊端。
3.月 18.日成立廿四年的中華民國醫療糾紛鑑定委員會，宣布功成身退，往後有關醫糾鑑定的工作全部轉交衛生署醫事審議會處理。
3.月 21.日美國疾疾管制中心證實臺灣地區已發現首例因接種小兒麻痺疫苗而不幸感染小兒麻痺的病例。



醫藥簡報

轉診制度令人矚目 細節問題尚待確立

深受醫界矚目之轉診制度，在衞生署最近完成之醫療法施行細則中，對醫院、診所實施之轉診作業情況有一詳細的規範，衞生署將俟行政院核定公佈後實施。

依施行細則規定，醫院在接受轉診病人後，需在三天內填寫轉診回復單，送回原診治之醫院、診所。而醫院也應在轉診病人出院後二星期內，將出院病歷摘要送回原診治醫院。

如醫院、診所違反規定者，將依違反醫療法規定處二千元以上，一萬元以下罰鍰，並責令限期改善。

國民所得快速增加 衞署擬籌建醫療網

衞生署積極籌建的醫療網若能提前完成，而政府財務狀況日趨穩健，國民所得持續快速增加，全民健康保險將不必等到民國八十九年，可望提前實施。

有關單位在討論內政部的全民健康保險計劃時，認爲八十九年完成全民健康保險是最後的期限，只要國內的醫療資源健全，政府財務負擔能力及國民所得三個條件能配合，全民健康保險即可望提早實施。

取消住院之保證金 極力推動便民服務

衞生署七十五年十二月八日開會決議，通函各公立醫院及財團法人醫院，自七十六年一月起，住院病人不須繳交住院保證金，即可辦理住院手續，私立醫院部分將請各醫師公會轉請配合施行。

爲了取消住院保證金陋規，衞生署於七十五年八月二十九日、九月四日邀集各公私立醫院住院主管部門及院長進行研商。衞生署指出，保證金的取消是推動便民服務的重要工作，今後將本便民服務原則，陸續推動醫務行政的相關改革措施。

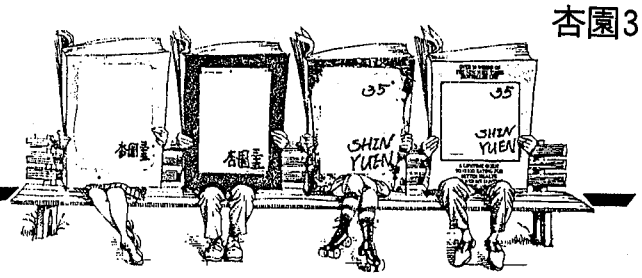
器官及組織移植法 立法院將進行審議

「人體器官及組織移植法」草案，行政院業已送達立法院，立法院將在本期會期進行審議。

國內首次完成的人體腎臟移植手術迄今已十八年，其間醫師也陸續從事人體器官及組織的移植工作，惟除七十一年七月十九日公布施行的「眼角膜移植條例」外，其餘人體器官及組織的移植，均乏法律保障，一直爲醫界及法界所關切。







衞生署爲使醫師在法律保障下，得摘取屍體或他人的器官或組織施行移植手術，以恢復人體器官或組織的功能或挽救其生命，特參酌相關法律及各國立法例、擬具「人體器官及組織移植法」草案，該草案條文計有廿二條。

決定血液最終去向 輸血學會即將成立

爲整頓國內血庫作業，建立血庫檢驗及管理的共同標準，醫界積極籌組的輸血學會已獲內政部核准，於七十六年一日中旬正式成立。

國內目前推動血液方面學術研究的機構，已成立有血液病醫學會，但該會較重臨床病理探討、治療及病例討論，輸血學會則將偏重臨床輸血作業的管理及研究，並對日後開發血源提供有效的方案。

此外，輸血學會也將成爲國際輸血協會組織的成員，從事國際學術交流，並舉辦血液科技新知研習會。

普遍調高醫療費用 以期充裕提高品質

台北市立醫療院所收費標準，自七十六年元月一日起調整，一般收費平均調高近七成，手術費平均漲一倍。市府衞生局表示，調整後的收費與省立醫院、台大醫院收費相比較，台北市立醫院的收費標準仍最低的。

衞生局同時指出，現行醫療收費標準由於不能反映成本，故採局部調整，期使各醫院能在經費較充裕的情況下經營，以提高醫療服務品質，嘉惠市民。

衆說紛云各立乾坤 專勤制度尙待確立

爲貫徹省立醫療機構專勤服務，衞生署十月二日研商訂定「省市立醫療機構醫師專勤服務辦法」草案，規定省市立醫療機構醫師應專勤從事醫療服務，教學研究或醫療行政工作。

辦法中明定，省市立醫療機構醫師應按時服勤，值班，待班及接受基於任務需要的各種派遣，同時，不得在住宅或其他場所應門診或設置病床等醫療設備以招徠病人。此外，並不得利用配偶，親友開業的場所或設備，從事醫療業務。

辦法中也要求担任主治醫師職務以上者，每週應担任一般門診或特別門診二次以上，每日至病房巡迴診療住院病患一次以上，每週報告或參加各項學術討論會，病例討論或教學活動二次以上，每年應提論文或專題報告一篇以上，但首長、副首長不在此限。

用說的終究不實際 勞保轉診制試辦中

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，駐診也要改爲轉診，建立轉診制度。

徐學陶答覆立法院內政委員會質詢時指出，建立轉診制度可合理分配醫療資源，衞生署正在醫療網上規劃，勞保局也力求配合，現已有六所大型醫院試辦轉診。

醫療新秀人數調整 訂立人力發展計畫

教育部指出，以後將依據經建會人力發展計劃，適度調整醫學院系學生數量，並改進醫護類專科及職業學校師資、設備、課程，以提供國民商品質的醫葯服務。

依據衞生署所編「台灣地區衞生人力發展長程計劃」資料顯示，七十三年我國每千人口中有0.7位執業醫生，而各先進國家則較我國爲高。如日本爲1.32人，美國爲1.82人，西德爲2.26人。

教育部同時強調，爲提高醫事教育水準，將改善現有醫學教育素質，並特別加強師資培育與延攬，以及基礎醫學研究人才培養，期使我國醫學教育能達工業先進國家之水準。



醫藥透視

淺談DRG

壹、DRG產生背景

在一般經濟市場中，商品數量增加會使價格下降，但在醫療市場，情形恰相反，競爭反而造成價格上漲，使得消費者無從預算醫療費用，感到惶恐。因此學者專家設法規範醫療經濟活動，使能接近一般經濟生活之原則，此為DRG（Diagnosis Related Groups；診斷組合）產生的主要背景。

傳統上，人類醫療活動的制度為論量計酬（fee-for-service），其收費方式由醫師於診後衡量所費成本、另加報酬，且視病人個別狀況收費。但自醫療保險出現及功利主義盛行之後，計量制就發生問題，醫療費用雖已由醫師訂定價格，却無法限制供給數量，誘導醫師濫用醫療特權，醫院則靠消耗資源賺錢。

以計量制為基礎演進產生的醫療保險制度，大致以美國為代表。美國民間自辦保險已有數十年歷史了，1964年由政府推出65.歲以上老人健康保險（稱為Medicare）甚至打算接下來就實行全民健康保險（NHI），不料產生很多問題，最嚴重原因就是計量制醫師特權之濫用，使聯邦財政幾乎破產，不得不想辦法對付，終於在1983年宣布實施DRG償付制度。

貳、適用範圍：

僅及於收治老人健康保險住院醫療的醫院。精神醫院、復健醫院、兒童醫院、長期病醫院（平均住院日大於25.日）、精神科或復健科部門及不在50.州及特別區之其他美國領土上之醫院，不作為實施DRG之對象，因為DRG分類對此類醫院還不適用。另外，榮民醫院、基督教箴言療養醫院等則依特別規定予以償付。

參、對DRG之質疑與說明

一關於醫院之規避或取巧行為方面：

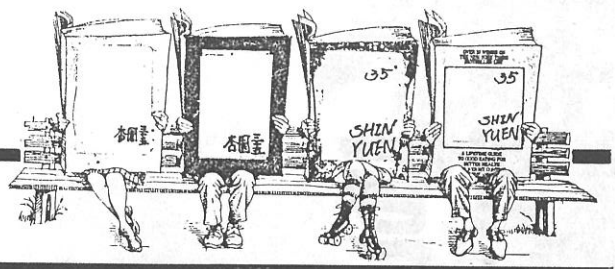
在新的償付制度之下，醫院為增加收入可能會降低服務品質，提早要求病人出院、增加住院人次，故意選寫利潤較高的DRG，以及選擇性收容病人，因而降低了醫療服務的可近性。針對以上行為所產生的對應措施，規定自一九八四年十月起，所有參加老人健康保險之醫院必須與當地合格的同業審查機構簽約，方予償付DRG住院費用。而同業審查機構則受命審核醫療品質的內容及數量是否不當或不足、醫院是否提早要病人出院、住院醫療之必要性及妥適性、填報資料及DRG歸納結果之判定確證，以及監控每一醫院住院病人DRG分布型態，預防選擇病人之不當行為。

二關於DRG分類之合宜性方面：

有些學者認為DRG分類所用之資料樣本過小，缺乏全國性代表，且分類所用資料品質之正確性及有效性堪慮。此一問題實乃探討第一代DRG分類制度所發現的缺失，即對每一DRG使用資源程度是否相近及臨床處理放在同組是否合宜提出質疑。其中多數缺失已在現行（第二代）DRG分類中改進，且衛生及人類服務部已對此加以研究，以符合法令要求一九八六年及以後至少每四年修正一次DRG分類方法。

三其他方面：

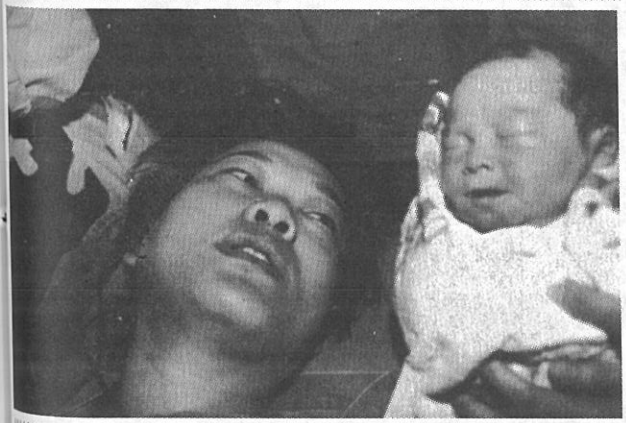
實施DRG償付額有所限制，醫院為維持原來收入，將某些服務項目成本提高，轉移到其他病人身上，有失公平性。但若所有付費身分病人均納入同一償付制度，即可免除費用轉嫁現象。現有許多保險業者已有意採用DRG償付制度。



試管；「適管」！？

隨著附設醫院於今年（七十六）二月二十八日成功地誕生了試管嬰兒，一時之間，試管嬰兒又成爲熱門的話題。人工生育技術帶動婦產科醫學之進步，是有目共睹的。但習慣於錦上添花、自我陶醉的人們，是否應在一陣熱潮之際，冷靜地把此項人工生育技術，拉回原出發點，作一番深思、探討？

所謂試管嬰兒，只是近年來許多人工生育技術之一種，在科學的理論探討層面上，並沒有深奧的學理。有些婦女由於輸卵管發生阻塞或受到傷害，無法正常排卵，以致於在體內無法與外來的精蟲相結合，爲了克服此一障礙，醫生們借用體外受精的方法，把夫妻的生殖細胞自體內取出，置於試管中進行融合而成受精卵，經過細胞分裂後，再把幼胚體移入母體子宮內著床，產生下來的孩子就是「試管嬰兒」。



國內試管嬰兒，至目前爲止，從事這項技術，自試驗標準開始，技術的利用直至嬰兒出生，似乎均無任何法令的管制與約束，亦無標準可循，而全憑各醫院醫生自憑道德尺度或實務慣例自訂標準，一來容易使這項科技愈趨商業化，二來容易造成優生學上的人種選擇，甚至造成精子、卵子或受精卵的不法買賣行爲。尤其，無法令規定，即無標準可言，對合法的從事人員以及接受手術的人均無任何保障。

當此，國內試管嬰兒技術日漸成熟之際，我們似乎應該對人工生育所產生的可能後遺症，做一些理性的思考和分析，以便未雨綢繆。諸如「非配偶精液人工受孕，所可能產生的倫常關係變動，法律規範的適切性，試管嬰兒將來的社會心理適應性，以及人口壓力等均值得我們注意。

國內的「精子銀行」（精庫）設立已多年，人工受精的新聞也常在新聞媒體上披露，而至今，政府和民間以乎都採取中性立場，持旁觀者的態度，未能積極有效地參考歐美先進國家發展趨勢，成立一個類似「審查委員會」的小組，來評鑑申請發展試管嬰兒醫院的資格，醫師的條件和病人所需要的程度，使國內試管嬰兒技術發展方向導入正途。

總之，我們希望人類的智慧，可以有效地駕馭現代生物技術以造福社會，而不是把人生的意義和生命的尊嚴埋葬於生物科技的洪流中，對於人工生育的遠景，我們應有所省思。



