



# 大臺中醫師情

Greater Taichung Medical Association

臺中市大臺中醫師公會會刊

封面題字／蕭世瓊老師



# 7·8

月號

2024 JUL & AUG NO.189

## 【理事長的話】

點值不修法改主決議·明年6月底前平均一點0.95

17項健保支出擬改公務預算·邱部長：未來點值可達醫界期望

降低點值以平衡財務22年·醫事人員承擔了全部費用缺口

三大訴求：保障健保點值·醫護人員加薪·提高健保總額成長率

## 【醫壇時論】

十年磨一劍，大概就是這個意思



國內  
郵資已付

臺中郵局許可證  
臺中字第2162號  
(無法投遞時請退回)

雜誌

中華郵政臺中雜字  
第2159號登記證  
登記為雜誌交寄



## 封面簡介

2024.6.16大臺中醫師公會桌球會內選拔賽

## 臺中市大臺中醫師公會會刊

發行人／魏重耀  
編輯主委／管灶祥  
編輯委員  
曹承榮、陸盛力、劉兆平、蔡振生、徐正吉、楊智欽

秘書處暨公關事務委員會  
秘書長&主委／黃健郎  
顏炳煌、楊智欽、蔡高頌、彭業聰、黃致仰、楊啟坤、黃崇濱、蔡牧樵、徐正吉、陳彥鈞、林釗尚、卓裕森、陳儀崇、管灶祥、林昌宏、詹益旺、呂維國、蔡孟軒

工作委員會  
醫政及基層委員會召委／黃致仰  
醫療事業委員會召委／彭業聰  
倫理紀律委員會召委／林啟忠  
醫事法規委員會召委／藍毅生  
學術委員會召委／邱國樑  
文康福祉委員會召委／王榮輝  
編審與網站管理委員會召委／管灶祥  
醫院事務召委／董敏哲  
長照推動委員會召委／陳俊宏  
分級醫療推動委員會召委／林釗尚

各區聯誼會會長  
豐原區／蔡高頌 神岡區／劉俊欣  
后里區／唐高宏 大雅區／王維弘  
潭子區／林啟忠 東勢區／陳俊宏  
新社區／林炳勳 沙鹿區／林郁卿  
清水區／陳振昆 梧棲區／蔡篤隆  
龍井區／洪國論 大肚區／蔡振昌  
大甲區、大安區、外埔區／詹國泰  
大里區／卓裕森 太平區／蔡其洪  
霧峰區／謝煌德 烏日區／詹益旺

助理編輯  
傅姿溶、楊珮君、詹舒涵、呂孟潔

# 大臺中醫師情

2024 JUL & AUG NO.189

## 本期目錄 CONTENTS

### 理事長的話

- 03 點值不修法改主決議·明年6月底前平均一點0.95
- 17項健保支出擬改公務預算·邱部長：未來點值可達醫界期望
- 降低點值以平衡財務22年·醫事人員承擔了全部費用缺口
- 三大訴求：保障健保點值·醫護人員加薪·提高健保總額成長率

### 醫事新訊

- 10 醫事新訊

### 醫壇時論

- 16 十年磨一劍，大概就是這個意思 文／賴國源 醫師

### 會員園地

- 15 社團法人臺中市大臺中醫師公會 傳承獎學金申請辦法
- 19 公會活動花絮
- 26 2024.6.16大臺中醫師公會桌球會內選拔賽後報導 文／洪光正 醫師
- 27 難忘的料理饗宴～帥哥主廚到你家 文／周采鈺 夫人



社團法人臺中市大臺中醫師公會

會址／台中市豐原區成功路620號4樓

電話／04-25222411 傳真／04-25251648

網址／gtma.org.tw 信箱／medatach@gmail.com

高鐵企業代碼：55504005



## 理事長的話 | The Chairman's Letter

**點值不修法改主決議·明年6月底前平均一點0.95**  
**17項健保支出擬改公務預算·邱部長：未來點值可達醫界期望**  
**降低點值以平衡財務22年·醫事人員承擔了全部費用缺口**  
**三大訴求：保障健保點值·醫護人員加薪·提高健保總額成長率**

各位敬愛的會員前輩好夥伴們，大家好！

**「中短期的」浮動點值一做22年·逼醫事人員做功德·醫界爭取健保點值1點1元入法**

「醫界最近為爭取健保點值1點1元入法鬧得沸沸揚揚，幾次政黨協商都沒結果，衛福部甚至揚言倘若健保點值要保障1點1元，明年（2025）肯定就要調漲健保費率。有醫界人士表示，政府此舉無異是在「恐嚇」民眾，因為實施1點1元衍生的缺口不一定要漲保費，也可以由政府以公務預算撥補，事實上，面對台電上千億元的虧損，政府就是這麼處理的，政府口口聲聲說台電不能倒，試問：攸關全民健康的全民健保難道就可以倒嗎？」

**7/3 全聯會健保點值意見整合會議·建議保障每點不低於0.95**

主席周慶明理事長報告：

賴清德總統於大選期間表示將召開健保國是會議，以改革健保相關問題。本會旋即啟動蒐集各界意見，分為醫療法規、醫療政策及健保財政，113年3月陸續召開健保國是改革會議，研議本會對政府之建言，其中針對健保支出面最重要的建議為「每點費用不得低於零點九五」。後續府亦召開一系列健康台灣論壇會議，並提出許多台灣未來的醫療改革方向。感謝幾位立法委員重視醫界困境，提出醫界眾所期盼關於點值保障之法案，擬具「全民健康保險法第六十二條條文修正草案」，1.蘇清泉立委及楊瓊瓔立委提出保障點值一點一元，2.國民黨黨團、王育敏立委及謝衣鳳立委提出保障一點不得低於零點九五版本，3.廖偉翔立委於「醫療發展特別條例草案」提出保障一點不得低於零點九五。

本會邱泰源榮譽理事長於 113 年 5 月 20 日榮任衛生福利部部長，馬上面臨醫界諸多議題，感謝邱部長上任後劍及履及提出許多健保改革政策方向，例如開源節流方面於媒體上做諸多闡述，於收入面落實政府負擔 36%，非屬健保部分應該移出健保、調整補充保費徵收、成立癌症一百億基金、公務預算於基金運用上能自主針對支出面彈性運用、提高總額高推估成長率等，以守護民眾健康、維護醫事人員相關權益尊嚴，使醫療院所都能順利運作。感謝在邱部長領導下相關事宜逐步啟動運作，期待儘快落實各項健保改革，讓健保收入及支出面皆能獲得改善。

### 保障點值入法·要政府負擔補責任·會漸成為公醫制度？

政府將成立「健康台灣推動委員會」，陳志鴻副召集人表示：「我和大家一樣都希望有穩定合理的點值，不低於零點九五應該是各界共識，但是如果把保障點值入法，同時要政府負擔最後撥補責任，這會逐漸成為公醫制度，應該不是我們醫界所樂見，要保障合理的點值有不同的路徑，我建議讓新政府先好好整理健保給付與開源節流的政策措施來解決問題，依最近一個月的觀察，我相信政府已經動起來，今年的點值應該可以比去年更好，我建議大家可以給邱部長一年的時間來努力，同時我們也可以集眾人之力來思考，如何建立長治久安的醫療環境，從而落實健康台灣的願景，如果一年後政府仍然沒有辦法解決點值問題，必要時大家再朝修健保法的方向來努力，我會和大家一起來督促政府、建議政府。以上也是部分代表賴總統的意志，也是邱部長一直在努力的方向。」

從本會提出零點九五，到立委提出一點一元，及邱部長上任後各種措施，這段時間大家接收多方訊息，應該還有許多想法，因此希望藉由今天會議，再聆聽匯集各位醫界核心幹部的意見，期能對未來的方向、朝野的落差等做妥適的討論，以找出最大公約數，對台灣醫療做出最大貢獻。

### 點值保障入法與開源節流政策不衝突·可同時並行

討論事項

一、案由：立法委員所提五版本「全民健康保險法第六十二條條文修正草案」，將於 113 年 7 月 5 日於立法院進行院長黨團協商，擬再討論以凝聚醫界共識立場。

結論：

(一)「全民健康保險法第六十二條條文修正草案」修法共識：

1. 健保支出面不足，造成點值長期打折支付，建議健保點值保障應入法，並以一點一元為目標方向，終止對醫界不公平的待遇，給予醫界公平正義的執業環境。
2. 肯定政府開源節流政策規劃方向，惟點值保障入法與開源節流政策並未衝突，建議可同時並行。
3. 各項制度及配套，後續需由政府、醫界、民眾共同努力做整體規劃。

### 健康台灣論壇未將全聯會當對口·遺憾論壇內容影射醫界衡量

(二)綜合意見重點：

1. 健康台灣論壇未將全聯會當對口，且遺憾論壇內容有影射醫界衡量，相信各醫界幹部皆為了讓會員有更好的執業環境而努力，不會放縱害群之馬的行為，點值低是制度使然，而非究因於管理問題。
2. 立委所提點值保障入法之修法，給予極大肯定，修法時機稍縱即逝，不建議再等一年。點值保障入法與政府開源節流政策不衝突，可同時運作，開源節流後政府所需保障點值的差額不會太多。
3. 若無法律基礎保障，現況健保基金收入與支出需透過極困難的總額協商，費用長期有巨大的落差，支出面費用不足，因此點值保障入法有其重要性。
4. 目前政府在未修法下已針對資源做盤點，政府會研議資源挪移及運用，建議先給邱部長一年時間規劃配套並與社會溝通。
5. 建議請政府估算目前規劃要開源節流的總額費用是多少，應有具體數字才能確切知道未修法時，只透過開源節流方法點值能到多少，才知道醫界可否接受。

### 修法時機稍縱即逝·應先將點值保障入法·保障多少可再討論

6. 開源節流的確可改善部分健保財務，但現在已有立委提案，這是長久以來難得的機會，錯過時間未來不見得有立委會再協助提案推動，建議仍應先將點值保障入法，至於保障多少可再討論，但應該先開始突破。政府口頭或措施保障，皆可能因為政黨論替等因素改變，入法才能真正使點值獲得保障。
7. 114 年成長率高推估草案為 5.5%，政府表示已大幅提高，但其實也只與 109 年高推估的成長率一樣，有誠意應該提更高。另外「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」修正草案遲未修正通過，使公務預算挹注健保運用方式彈性限縮，挹注費用受健保會質疑及管控。前述案例皆未見政府誠意。

### 點值保障後·可能啟動配套·例如限制就醫人數·造成沒病人可看？

8. 保障點值後，政府可能會啟動各種限制的配套措施，例如若限制就醫人數，屆時醫療院所可能沒病人可看，保障點值入法對醫界是否真的有好處應再多加思考，政策改變需要時間，建議再給政府一些時間運作處理。
9. 對醫療環境改善仍須有法源保障，點值長期不足一點一元，血汗醫護、年輕醫師選擇非健保科執業等問題，必須要打破現有總額框架才有機會改變及前進，點值保障入法只是第一步，未來相關政策勢必要配套調整改變，但醫界皆可再提出建議。從點值保障開始改變，才有機會針對長期未合理調整的診察費、診療費、護理費、病床費等有機會調整改善。
10. 若點值保障未入法，皆只是在現有總額框架下內部重分配，既然有立委願意支持推動，醫界應該要大力支持。

### 終極目標應堅持一點一元·終結長期不公平待遇

11. 總額財務責任長期以來由醫界承擔，點值保障入法才能轉嫁由政府承擔，若一點一元則全由政府承擔，若一點不足一元則由醫界及政府共同承擔，但政府本應該承擔責任並作管控措施。
12. 醫療環境不會因為點值入法就全面改變，醫療品質進步及維護需要醫界、政府及人民共同配合，立法技術上有許多做法可考慮，例如訂定生效時間，給政府一年時間，一年後生效施行，或至民國幾年逐步調整到一點一元。點值保障入法只是第一步，新的健保制度須慢慢改善，但建議仍應有法令保障。

### 未來也要爭取支付標準合理調整

13. 建議強調終極目標仍應堅持一點一元，若同意一點零點九五，僅是為了先保障醫療品質、改善血汗醫護或醫療環境，但一點一元才真正符合公平正義，要終結醫界長期不公平的待遇，這是我們應該爭取的方向。
14. 因總額費用不足，支付標準長期未合理調整，建議未來也要爭取支付標準合理調整。
15. 點值保障入法後，應視政策方向啟動研議配套管理機制，對未來有長遠之規劃。例如若配套需對項目有限制，可考量針對急重難罕症、診察費、診療費、檢查檢驗處置等排序優先一點一元。

### 提高健保點值·「建請」二字讓協商破局

立法院 7/15 歷經二個多小時馬拉松協商，討論提高健保平均點值議題。國民黨立法院黨團指出，朝野各黨團原在良性溝通下，已達成共識，將以主決議方式，同意在不修改健保法的前提下，於 2025 年 6 月 30 日前要達到「健保平均點值達 0.95 元」。但民進黨團為了協商結論是否加上「建請」二字，讓朝野協商破局。

國民黨團表示：「當前醫療界因健保點值給付不足，醫療環境一再惡化，醫護人員持續出走，經常出現有病床沒醫護的情形，世界羨慕的全民健保早已不存在。今年總統大選，當時總統候選人賴清德也提出平均健保點值以「1 點 1 元」為目標，但民進黨連主決議都不願簽署。健保制度存續必須由政府、醫療界及全民共同維繫，但合理的醫療給付才能避免健保制度惡化崩潰。」

「在這種歷史性時刻，民進黨團應正視問題、解決問題。國民黨團不希望國人的健康權因為政府怠惰、逃避現實不願改革，而變成有病床沒醫護、有藥單卻沒藥吃；政府今天拒絕健保點值入法，就請民進黨政府、衛福

部拿出具體辦法來解決。」

### 保障健保點值修法·7/15 黨團協商破局·醫界表遺憾可惜

醫事人員工作血汗，健保點值卻未保障每點 1 元，立法院國民黨團及立委陳菁徽、蘇清泉提出「全民健康保險法修正草案」，期待修法保障健保點值每點 0.95 元或 1 元。立法院長韓國瑜 7/15 再度主持黨團協商，但最後仍無共識，韓國瑜宣布送院會處理，不排除明於立法院會正式表決，若進入表決，將預定以保障健保點值每點 0.95 元修正案進行。

7/15 協商，民進黨提出修法附帶決議，「為改善醫療環境，維護醫事人員專業權益，建請衛生福利部進行健保改革具體措施，於 114 年底達到平均點值一點 0.95 元，如未達成則立即再檢討各項健保改革措施，以維護全國醫事人員權益。」

隨後，國民黨則將附帶決議修訂為主決議，並修改為「為改善醫療環境，維護醫事人員專業權益，衛生福利部應進行健保改革具體措施，於 114 年 6/30 達到平均點值一點 0.95 元，以維護全國醫事人員權益。」但不被民進黨立委所接受，最後協商破局，韓國瑜宣布送院會處理。

### 主決議對健保署無強制力·呼籲善意回應醫界訴求

醫務管理學會理事長洪子仁說：「對於今天政黨協商的結果，國民黨已退讓將修正條文改為主決議，並給予衛福部一年緩衝期達到健保點值每點 0.95 元，但最後仍因附帶決議的「建請」與主決議的「應」文字爭議，而協商破局感到可惜及遺憾。」

洪子仁指出：「希望國民黨、民進黨、民眾黨對於醫界三大訴求，包括保障健保點值、醫護人員加薪及健保總額成長率增加，而主決議對於健保署並無強制力，呼籲民進黨對於醫界訴求，應有善意及肯定的回應，仍期待明天 7/16 正式表決前，可以經由修正動議達成共識。」

### 健保點值不修法改主決議·明年 6 月底前平均一點 0.95 元

113/7/16 立法院朝野決議不修改法律，同意維持現行條文，改以主決議方式處理，「為改善醫療環境，維護醫事人員專業權益，衛福部應進行健保改革具體措施，並且在民國 114 年 6 月 30 日前達到平均點值一點 0.95 元，以維護全國醫事人員權益。」

立法院社會福利及衛生環境委員會 5 月初審通過國民黨立委王育敏、蘇清泉及國民黨立法院黨團提出的「全民健康保險法」第 62 條條文修正草案，王育敏、國民黨團提案明定，醫療服務每點平均點值不得低於 0.95 元；蘇清泉提案明定，每點費用低於 1 元時，由政府公務預算補足至 1 元。國民黨立委陳菁徽則說：「健保點值協商破局，昨天醫界全部炸鍋，終於看清民進黨選後大跳票，也許是扛不住壓力，民進黨團今天主動提議要重新簽署，總算讓第四次協商有了結論。」

民眾黨立委陳昭姿表示：「健保點值法案，民進黨團接受民眾黨團提出的三個附帶決議。」7/16 院會也通過附帶決議，包括：1. 要求行政院召開跨部會醫療改革會議，提出具體改善方案及相對應期程；2. 要求衛福部針對指示藥退出健保給付擬定時程表，三個月內提交該報告至立法院社福及衛環委員會審議。3. 要求衛福部應另訂或修改相關法規，規範健保點值保障的範疇應優先用於提升醫事人員的薪酬待遇；4. 要求衛福部借鑒日本做法，並且與醫界溝通，一年內制定藥價調整機制，逐步達成合理藥價差異。

### 憂健保點值固定恐破壞健保·賴清德籲立委三思

總統賴清德 7/14 日提到，健保 1 點 1 元看似簡單，但可能會破壞目前健保制度，造成民眾健保費用增加、增加醫療浪費等後遺症，盼立委三思。他說：「健保 1 點 1 元看似簡單，但也要考量到如果點數固定，可能會產生其他後遺症，如破壞目前健保制度，造成民眾健保費用增加、增加醫療浪費、增加不必要的醫療等，並提到大家的共同目標都是希望健保制度愈來愈好、讓健保永續發展照顧人民健康，但最直接的方法不一定是最好的方法，盼各立委三思固定健保點值是否為好方法。」

### 保障點值入法·衛福部憂醫療支出無法預控

衛福部長邱泰源表示：「對立院各黨團關心人民健康，改善醫療環境的努力，深表敬意，未來將持續推動各項健保改革策略，讓健保永續，民眾得到更好的醫療照護，醫事人員專業權益及尊嚴得以更周全保障。」

「點值保障入法之所以引起爭議，是因將會全面改變健保醫療支付制度，等同實質取消總額制度，醫療支出無法預估及控制，與國家財政編列邏輯相悖，且一旦醫療費用急速增加，立即面臨保費調漲壓力，並加劇城鄉醫療資源失衡，影響健保穩健發展與制度永續。」

### 17 項健保支出擬改公務預算·邱部長：未來點值可達醫界期望

「衛福部近期已積極盤點現行健保總額內項目，提出十七大項公衛福利支出達三百億元的項目建議改由公務預算支付，規劃以三年期間，逐步改由公務預算支應，以增加健保總額資源。也將爭取政府公務預算挹注，提高健康投資。醫界期待總額合理成長率，衛福部一定全力以赴，相信在行政部門的支持下，未來點值應可達到醫界的期望。」「衛福部未來將會積極落實分級醫療及家庭醫師制度，優化雲端資料庫，減少不必要浪費，做好資源合理分配。」

### 健保點值 0.95 大挑戰·林靜儀：盤點可用經費不到所需一半

明年 6 月底前達到平均點值 1 點 0.95 元。衛福部次長林靜儀坦言「是很大的挑戰」，因為估算需要 700 多億元，目前盤點可調整使用的經費不到一半，但仍會朝這個方向持續努力。

林靜儀表示：「很感謝各黨團最後願意用主決議方式處理此案，否則一旦入法，等於實質取消總額制度，許多調控、醫療服務方向都會受影響。上週先將衛福部各司署以健保支應的非治療業務，像是篩檢、預防保健或疾病控制等，都調整設計為公務預算處理，之後再向主計處爭取經費，但行政院未拍板前，無法確定多少額度可改公務預算挹注。」

「目前估算要達到 0.95 元的點值目標，需要新增 700 多億元，但盤點現以健保支應、可望改成公務預算挹注的項目經費，連一半都不到。支出面要再看看是否調整一些審查、給付方式，收入面則是有些學者提過，某些保費來源可再討論與規劃，卻仍需要花一些時間，現在手頭上尚無保費調整方案，會持續量入為出。」

林靜儀說：「在健保總額協商過程，希望多匡一點大餅，但一部分涉及健保會，一部分涉及國發會，都要去談，還有公務預算要經立法院審議，審完才能確定健保可調控的財務範疇。」

至於醫改會憂心保障點值恐造成醫界衝量，林靜儀指出：「現在總額的蓋子還在，衝量只會造成點值稀釋，也想對醫界說，衛福部努力找錢，但這些錢不是衛福部的錢，不論是稅收或增加保費，都是全台人民的錢，無法慷民眾之慨，健保制度下，醫療提供者、使用者及財務控管三方都有責任，是連動的，希望一起努力。」

### 點值「1 點 1 元」如未配套·陳時中、石崇良不認同

健保署長石崇良：「如果單純的只是一個保障點值，不論他是 1 點 1 塊錢或者是 0.95 也好，在沒有很完整的相關的配套之下，恐怕對於我們所要做的很多改革也會造成相當大的影響。」

1 點 1 元入法，衛福部就多次表態擔憂保障點值會導致健保崩盤，醫界則看法兩極，有人堅持保障點值入法，有人則認為只要中央增加健康投資就行，行政院政委陳時中不認同固定點值，說：「要 1 點 1 塊，或是一個固定點值，然後用公務預算來補足，這樣的方式將來會讓健保的費用，恐怕難以控制，我認為朝向用公務預算，來挹注健康台灣，來投資健康，可能是一個更好的路。」

### 健保平均點值 0.95 元·8 大醫事團體盼監督落實

關於立法院主決議內容，台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫務管理學會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全聯會今日也發出聲明表示，多次立法院通過公聽會、朝野協商，都聽見也看見了立法院不分黨派委員對於如何解決醫護低薪、健保點值下降及提高總額成長率的討論及建言，顯示立法院高度重視並回應醫界健保改革的訴求，要對立委們表達最誠摯的謝意，也期許能持續督促行政部門落實今天主決議內容。

主決議雖然在法律上相對較無強制力，但為中華民國最高民意、立法機關的各黨派共識，呼籲各黨團持續監督行政機關是否落實主決議文與附帶決議文內容。各黨團對於醫界高度支持，透過專家帶領公民參與討論思辨的過程，體認到健保改革刻不容緩，並形成共識，也期望行政機關趕快拿出具體作為，快找財源、快找方案，讓醫界感受到勞動環境優化、薪水待遇增加。

8 大醫事團體聲明：

### 降低點值以平衡財務 22 年·醫事人員承擔了全部費用缺口

1995 年全民健康保險實施後，健保總額成長率每年平均 14.5%，在論量計酬制度架構下，造成醫療費用的增加，2002 年政府實施健保總額預算制度，控制財務穩定、減少調漲保費壓力，實施健保總額預算制度後到現在，每年健保平均成長率只有 4.5%，但人口老化、新藥新科技引進的速度及門診利用率上升等需求成長率遠高於總額成長率，22 年來預算和需求間的缺口就是透過降低點值去平衡財務，醫療機構和醫事人員承擔了全部預算跟需求之間的缺口，透過薪資停滯不前、點值下降、醫療本業的獲利率減少，滿足這樣的缺口，但這 2 年已經撐不住了才會導致疫情後包括醫護人力出走、缺藥缺點滴、急診壅塞等醫療現況，這是系統性的問題，亟待解決。

### 收費標準受管制·健保又受限總額天花板

醫療院所與一般產業特性不同，台灣各醫院來自健保收入約佔 80%，收費標準受衛生主管機關管制，但受限全民健保總額預算天花板，限縮醫療健保收入來源下，無法如其他產業以漲價、轉嫁等方式填補虧損，近 5 年面臨大環境通貨膨脹、成本上漲除醫事人員長期低薪出走、新藥及癌症藥物延遲進入台灣，鄰近國家日本癌症新藥平均 66 天納入健保台灣必須等待 700 天以上，且只有 3 分之 1 的適應症可以納入健保，這些都是醫療投入不足所造成的現象。

### 正視三大訴求：保障健保點值·醫護人員加薪·提高健保總額成長率

去年來醫界倡議「醫療支出是投資不是成本」持續與政府及立法院各黨團溝通，呼籲政府帶頭增加健康投資，提高醫療機構財務韌性，眾多討論後逐漸聚焦到「修法保障健保點值每點 0.95 元或 1 元」，包括各大醫院院長、醫界學協會代表及立法委員們均認同保障健保點值的必要及合理性。

感謝國民黨團理解醫護人員低薪及醫界經營困境，最早提出保障健保點值之「全民健康保險法第六十二條條文修正草案」，引起社會各界、醫界及立法院委員們的討論及高度重視健保變革議題，民眾黨也呼應健保總額預算制度改革的必要性，溝通協調過程中，醫界亦能理解執政民進黨及行政部門對於保障健保點值「1 點 1 元」之壓力，恐短期內必須調高健保費率等，多次的立法院公聽會、朝野協商，我們都聽見也看見了立法院不分黨派委員對於如何解決醫護低薪、健保點值下降及提高總額成長率的討論及建言，顯示立法院高度重視並回應醫界健保改革的訴求，八大醫事團體在此表達對最高民意機關立法院委員們最誠摯的謝意，也期許委員們能持續督促行政部門落實今日立法院院會主決議。

並懇請立法院各黨團持續正視醫界三大訴求，保障健保點值、醫護人員加薪及提高健保總額成長率，今日院會通過的「主決議」雖然與醫界的期待有些許落差，但呼應賴總統對點值修法的看法以主決議取代健保法的修法，以主決議凝聚民意機關立法院委員們挺醫界的共識及對行政機關監督，為醫護人員加薪、保障健保點值及提高總額成長率以提高醫療機構財務韌性，健保永續經營，早日實踐健康台灣的願景。

### 長期低薪導致人員出走·病房關閉·急診壅塞·缺藥

台灣醫務管理學會理事長洪子仁表示：「他樂見以主決議凝聚各方共識，盼透過提升健保點值，替醫護人員加薪、加速設備汰換，同時根本性改善急診室壅塞的狀況。」「健保法第 62 條修正案，最後以院會的主決議的方式通過，藉此取代「點值入法」；在過去 2 至 3 個月的過程中，立委對相關修正案提出動議，亦舉辦了幾次的公聽會、朝野協商等。凝聚共識的過程當中，包含醫界代表、立委、身為主觀機關的衛福部都看清楚了，健保 22 年實施以來，因總額預算制度，導致的預算與需求的缺口，進而浮現出醫護人員離開第一線、急診壅塞、

缺藥等問題。通過的主決議，讓大家看到社會各界對健保制度改革的迫切性與需求，確實已到了該面對的時間點。」

「過去點值約莫不足 0.9 元，甚至僅 0.88 元左右，對一間大型醫院而言，若 1 年健保申報點數為 60 億點，乘以 0.9 的點值，大概只能拿到 54 億元，若保障至 0.95 元，健保收入就能來到 57 億元，多出 3 億。如果能增加 3 億元的健保收入，當然就能優先幫醫護人員加薪，並加速設備汰換，同時更能保障民眾健康權益；而在足夠財務韌性的前提下，亦可請到足夠的醫護人員，病床就能全部打開來，根本性去改善急診室壅塞的狀況。」

「儘管今日未保障健保點值入法，但起碼以主決議凝聚共識，立院各黨認同要保障醫事人員待遇與點值，提高健保總額成長率。醫界也期許，立院能持續督導行政部門，朝主決議的方向落實，在明年 6 月 30 日之前，把健保點值提高至 0.95 元以上。」

### 健保點值·打壓醫界

蘇清泉立委：「去吃一碗 100 元的牛肉麵，吃完了丟 90 元就想走人，想必老闆不會同意吧？這是現任衛福部長邱泰源去年當民進黨立委時，在臉書貼文，形容健保總額上限制對醫療給付七折八扣的例子。健保制度連續多年獲得民眾 8 到 9 成的滿意度，對一個公共政策而言，如此高民意支持度是非常罕見的，然而提供這項公共服務的醫護人員，對全民健保的滿意度只有 3 成，這當中的巨大落差，主政者必須深切反省。醫院提供醫療專業，在健保點值面前卻一文不值，算命一次 800 元起跳，更高的幾千元都有，但真正能救命的醫師，依據衛福部的算法，基層診所醫師每次看診只給付 385 點（浮動），醫院醫師更少，只有 286 點（浮動）。還不如算命的錢。」

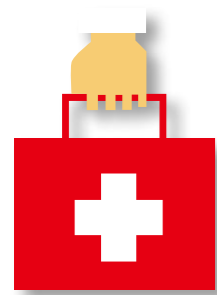
總額上限制已實施 15 年，這 15 年來為了因應這個總額的天花板，健保署核定點值打壓醫界，民眾癌症發生率節節升高，但病患亟需的癌症用藥卻只核給兩個月份，急救時用到的心臟電擊，不管救回病人要電擊幾次，健保一律只核兩次，還有其他醫療核刪理由都不給，醫護人員怨聲載道。健保拚命核刪的結果，急重症、加護病房等成本高昂的醫療，成為醫院虧本的大宗，醫護人員的合理薪資也遭打壓，造成醫護紛紛出走，醫院為避免虧損，為留住醫護，關病床、減少虧錢的門診，而藥價被一砍再砍，生意做不下去，所以原本十多家輸液供應商才會搞到剩下一家獨大，全台輸液陷入缺貨潮。

這是為什麼我重回立法院後，將修《健保法》視為第一要務的原因，健保點值保障 1 點 1 元，並入法保障，是八大醫事團體團結一致的心聲。民進黨眼見勢不可擋，運作台大、榮總醫院院長出聲反對健保點值 1 點 1 元，其實我是替這兩院院長感到不平，他們面對執政黨的要求，連保持沉默都不行，否則輕則丟官，重則影響醫院預算；但台大、榮總有政府編列預算支應，與私人醫院柴米油鹽都需自籌的狀況完全不能相比。在 7 月 16 日的立院院會上行政、立法聯手擋下國民黨版，只通過毫無拘束力的一個主決議與一個附帶決議。6 月份最新的健保點值，換算下來只達 0.78 元，換句話說，醫療上每花 1 塊錢，醫院都要賠掉 0.22 元。健保點值上限制摧毀台灣醫療，這不是危言聳聽而是現在進行式。」

醫界經過長久持續的努力，日前達成立法院通過主決議，健保點值於 114 年 6 月 30 日之前達到平均點值一點 0.95 元，僅是為了先保障醫療品質，改善血汗醫護或醫療環境，但一點一元才真正符合公平正義。建議應該強調終極目標，才能終結醫界長期所受不公平的待遇。也由於總額費用不足，支付標準長期未合理調整，未來也應要爭取支付標準的合理調整。

敬祝大家：暑期安康、生活豐富多彩！

魏重耀



# 醫事新訊 Medical Information

**1【國民健康署】為改善代謝症候群及降低慢性疾病發生之風險，國健署配合 113 年「全民健康保險代謝症候群防治計畫」修訂，更新「代謝症候群防治計畫照護流程與指導手冊」，惠請協助推廣並多加利用**  
一、旨揭手冊業置於國健署健康九九+ 網站，網址如下：<https://health99.hpa.gov.tw/material/8041>。

**2【衛生局】衛生福利部疾病管制署已編訂 COVID-19 後疫情時代防疫政策白皮書，供各界卓參**  
旨揭白皮書電子檔公布於疾管署全球資訊網（路徑：首頁 (<https://www.cdc.gov.tw/>)> 應用專區 > 出版品 > 圖書 > COVID-19 後疫情時代防疫政策白皮書。

**3【衛生局】財團法人藥害救濟基金會受衛生福利部委託製作「醫療事故預防及爭議處理法」數位課程之訊息**  
一、「醫療事故預防及爭議處理法」已於今(113)年 1 月 1 日正式實施，為使各界了解該法之內容與精神，旨揭基金會受衛生福利部委託製作數位課程，包含「認識醫療事故預防及爭議處理法」、「醫預法相關子法—醫療爭議調解會運作與調解程序」共 2 單元，提供各界觀看、參考。  
二、旨揭數位課程，業於近期上架於 e 等公務園+ 學習平臺，輸入課程名稱關鍵字「醫預法」搜尋即可。

**4【衛生局】轉知衛生福利部國民健康署提供「全民健康保險代謝症候群防治計畫」之診所服務現況表，惠請會員及轄區參與計畫之診所踴躍線上申請**  
參與計畫之診所可線上申請服務現況表（於 113 年 11 月 30 日截止），以掌握目前執行狀況。（線上申請網址：<https://reurl.cc/095joY>）。

**5【衛生局】「末期病人照護手冊」已公開於衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統，請轉知所屬人員知悉並多加利用**

旨揭系統網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/>；「末期病人照護手冊」下載路徑：首頁 > 安寧緩和醫療 > 推廣頁面。

**6【衛生局】為加強外泌體治療之醫療行為管理一案，請會員依說明段辦理**  
一、有鑑於外泌體相關治療之臨床試驗多處於探索階段，尚未完成人體試驗以證療效，且目前國內尚未核准外泌體之治療行為，倘醫療機構有執行新醫療技術之需求，請依「醫療法」及「人體試驗管理辦法」相關規定，醫療機構執行新醫療技術人體試驗前，應擬訂計畫，經人體研究倫理審查委員會審查通過後，向中央主管機關申請核准，始得施行。  
二、為維護民眾權益，並遏止外泌體治療之違規醫療行為影響民眾健康安全，如經衛生局查獲違法情事，將依相關法規查處。

**7【衛生局】轉知衛生福利部國民健康署公告修正「兒童重要疾病轉介確診費用申報作業」**  
一、為提升疑似發展遲緩兒童發現率，該署業於 113 年 6 月 7 日以國健婦字第 1130461720 號公告「兒童發展篩檢服務方案」，自 113 年 7 月 1 日起，針對具健保身分之未滿 7 歲兒童提供 6 次兒童發展篩檢服務，經由兒童發展篩檢發現發展異常兒童，醫師應給予篩檢結果說明並利用健保電子轉診平台進行轉介，並確認個案於提供服務日次日起 30 日內至各縣市兒童發展聯合評估中心或地方政府認可且經國健署同意之評估醫院就診，每案每次給予轉介獎勵費新臺幣 250 元，故刪除「兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費用申報作業」中疑似發展遲緩兒童轉介確診費。  
二、旨揭修正申報作業於 113 年 7 月 1 日起生效，如於 113 年 6 月 30 日（含）前由執行兒童預防保健服務時發現疑似發展遲緩兒童並轉介者，在 113 年 12 月 31 日（含）前確診仍可申請此項費用。

**8【衛生局】暑假已經進入登革熱流行期，為避免登革熱疫情風險請各醫療院所依登革熱防治工作指引持續落實防治措施**

**9【衛生局】有關醫療事故預防及爭議處理法第 15 條涉及鄉鎮市調解條例之適用疑義旨揭詳細說明惠請至本會網站 ([www.gtma.org.tw/](http://www.gtma.org.tw/)) 最新消息 / 公佈欄 / 2024-07-18) 項下下載。**

**10【衛生局】立法院咨請總統公布制定再生醫療法業奉總統 113 年 6 月 19 日華總一義字第 11300054291 號令公布一案**  
本制定案刊載於總統府公報第 7727 號（另見總統府網站 <https://www.president.gov.tw> 公報系統）。

**11【衛生局】行政院於中華民國 113 年 6 月 25 日以院臺衛字第 1130007092 號公告修正「管制藥品分級及品項」部分分級及品項，並自即日生效**  
旨揭修正「管制藥品分級及品項」部分分級及品項如下：

- (一) 新增 3- 側氧基 -2- 苯基丁醯胺 (3-Oxo-2-phenylbutanamide、 $\alpha$ -Phenylacetamide、APAA) 為第四級管制藥品原料藥。
- (二) 新增 N- 甲基假麻黃 (N-Methylpseudoephedrine) 為第四級管制藥品原料藥。
- (三) 新增 3- (1,3- 苯并二噁茂 -5- 基) -2- 甲基氧環丙烷 -2- 羧酸 (MDP2P methyl glycidic acid、PMK glycidic acid、3,4-MDP-2-P methyl glycidic acid) 為第四級管制藥品原料藥。

**12【衛生局】有關生技公司販售基因風險檢測商品，文宣內容刊登疾病項目涉及違反醫療法規定一案，請會員周知以免誤觸法規**

- 一、按「醫療業務」行為，係指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、用藥、施術或處置等行為的全部或一部之總稱，合先敘明。
- 二、基因檢測若以疾病風險預測疾病，屬輔助診斷之行為，應於醫師指示下由醫事人員為之。另，若向受檢者解說基因檢測結果及可能罹患之疾病風險等，業已涉及醫療專業判斷，應由醫師為之。違者將涉及醫師法第 28 條密醫行為。
- 三、另醫療法第 84 條規定「非醫療機構，不得為醫療廣告」；公司並非醫療機構，自不得進行醫療

廣告。違者，依醫療法第 104 條規定，處新臺幣 5 萬元以上 25 萬元以下罰鍰，併予敘明。  
四、產品文宣明列檢測心血管疾病遺傳分析：中風、動脈粥狀硬化、第二型糖尿病…等，以及退化性與肝腎解毒遺傳分析：路易氏體失智、阿茲海默症…等疾病項目，已然涉及醫療業務範圍。

**13【衛生局】有關「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」修訂一事**  
一、為使公費 Molnupiravir 合理正確使用，發揮抗病毒藥物最大效益，旨揭領用方案修訂重點說明如下：

- (一) 新增開立 Molnupiravir 時，須於病人病歷或口服抗病毒藥物領用切結書（旨揭領用方案附件 6）中，簡要記載開立原因（如重度腎功能不全、血液透析者、重度肝功能不全、既有疾病之治療藥物與 Paxlovid 具嚴重交互作用且停藥或換藥具有造成疾病惡化風險者等）或載明相關診斷。
- (二) 旨揭領用方案附件 7「COVID-19 口服抗病毒藥物查核表」新增「抽查病歷有記載 Molnupiravir 領用開立原因或載明相關診斷」查核項目，並將由轄區衛生所納入每季定期或不定期實地 / 書面 / 自主查核輔導項目。
- (三) 旨揭領用方案已置於疾管署全球資訊網 (<https://www.cdc.gov.tw/>) 首頁 > 傳染病與防疫專題 > 傳染病介紹 > 第四類法定傳染病 > 嚴重特殊傳染性肺炎 > 重要指引及教材 > COVID-19 治療用藥領用方案 > 口服用藥項下。

**14【衛生局】衛生福利部疾病管制署修訂「嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 防治工作手冊」第四版，已公布於該署全球資訊網，請配合辦理**  
旨揭工作手冊詳細內容，可至疾管署全球資訊網（路徑：首頁 (<https://www.cdc.gov.tw/>)> 傳染病介紹 > 第四類法定傳染病 > 嚴重特殊傳染性肺炎 > 重要指引及教材 > 嚴重特殊傳染性肺炎防治工作手冊。

**15【衛生局】衛生福利部國民健康署出版之「兒童發展篩檢」宣導海報、懶人包、影片及廣播帶，敬請會員惠予協助共同推廣**  
一、為協助醫療院所宣導前述「兒童發展篩檢服務」，提供以下相關宣導素材連結，請逕瀏覽下載使

用。

(一) 兒童發展篩檢海報：<https://reurl.cc/jWEX4M>

(二) 兒童發展篩檢懶人包：<https://reurl.cc/8varAg>

(三) 兒童發展篩檢廣播帶：<https://reurl.cc/xamYVZ>

(四) 兒童發展篩檢影片：<https://reurl.cc/Gj6z2y>

二、旨揭宣導素材僅供各單位宣導使用，廣播帶僅限於台灣地區廣播電台及網路電台媒體使用，授權日期至 114 年 6 月 18 日止；影片可於全媒體公開播送，授權日期至 116 年 6 月 26 日止，惟請明顯標示資料來源及出處外，不可再另進行重製及修改事宜（含自行添加 oo 單位關心您等字樣）。

## 16【衛生局】轉知衛生福利部國民健康署「成人預防保健暨 B、C 型肝炎篩檢」新版篩檢資格查詢系統功能並進行測試

一、請各院所依慣用查詢管道，如：機構端系統內建篩檢資格查詢 API 及驗證程式，或「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統（前稱：單一入口系統）」進行測試。

二、待驗測無誤後，國健署將另行公告「新版成人預防保健暨 B、C 型肝炎篩檢資格查詢功能（含 API 及驗證程式、醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統（單一入口系統）功能）」予各院所應用。

## 17【衛生局】「113 年慢性病防治獎勵計畫」，請院所積極鼓勵民眾肝炎篩檢及成人預防保健檢查業務

一、為鼓勵院所積極推動成人預防保健及 B、C 型肝炎業務，以提升本市成人預防保健服務利用率及 B、C 型肝炎篩檢涵蓋率，以早期發現，及早治療，爰針對本市所轄醫療院所辦理旨揭獎勵計畫。

二、旨揭計畫同步公告於臺中市政府衛生局網站（首頁）/ 醫療院所交流平台 / 臺中市 113 年慢性病獎勵計畫，歡迎下載參閱或運用。

## 18【衛生局】轉知衛生福利部釋示有關「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第 7 條第 2 項規定，西醫師辦理執業執照更新時，依說明段辦理

一、旨揭辦法第 7 條第 2 項規定「中華民國一百零八年七月一日以後始領有醫師證書，且未領有專科醫師證書者，於首次辦理執業執照更新時，或因

歇業逾首次執業執照應更新日期，於新發給執業執照更新時，…並應檢具畢業後綜合臨床醫學訓練（下稱一般醫學訓練）之證明文件」。

二、上開規定所稱「醫師」，僅限具備下列資格之一，且經醫師考試及格，領有醫師證書者：

(一) 國內公立或立案之私立大學、獨立學院或符合教育部採認規定之國外大學、獨立學院醫學系、科畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書者。

(二) 國內公立或立案之私立大學、獨立學院學士後醫學系畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書者。

(三) 中醫學系選醫學系雙主修畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書。

三、另自 114 年起，西醫師首次執業執照更新時，可能有醫師首次換照當月始開始接受一般醫學訓練之情形。應請申請人檢具畢業後一般醫學訓練起訓證明書代替，始可換照。

## 19【衛生局】函轉衛生福利部疾病管制署修訂裂谷熱防治工作手冊(113 年 7 月修訂版)，請轉知所屬工作人員逕自下載參考運用

一、旨揭文件係參考世界衛生組織、美國疾病管制與預防中心 (CDC) 及相關國際資料完成修訂，並已公布於疾管署全球資訊網 / 傳染病與防疫專題 > 傳染病介紹 > 第五類法定傳染病 > 裂谷熱 > 重要指引及教材)。

二、另依實際防疫需求，不定期修正公布，請隨時上網瀏覽或下載運用，並配合辦理相關防治工作。

## 20【全聯會】轉知衛生福利部 113 年 5 月 7 日以衛部保字第 1131260234 號令修正發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表二

旨揭修正發布內容請至本會網站 ([gtma.org.tw/](http://gtma.org.tw/) 最新消息 / 公佈欄 / 2024-05-29) 項下下載。

## 21【全聯會】轉知衛生福利部公告修正「精神科醫院評鑑基準」及「精神科教學醫院評鑑基準」影本及其附件各 1 份

旨揭公告內容，請至衛生福利部全球資訊站，路徑：首頁 / 公告訊息或首頁 / 本部各單位及所屬機關 / 心理健康司 / 精神疾病防治 / 精神照護機構評鑑相關業務) 下載及參閱。

## 22【全聯會】轉知國民健康署「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」113 年執

行說明簡報，已上架於國民健康署官網，敬請醫療院所逕上網站查詢

## 23【全聯會】轉知衛生福利部國民健康署更新「代謝症候群防治計畫照護流程與指導手冊」

旨揭手冊已公告於衛生福利部國民健康署健康九九+ 網站 (網址路徑：國健署首頁 / 健保服務 / 健保醫療計畫 / 全民健康保險代謝症候群防治計畫)。

## 24【全聯會】112 年 12 月 15 日總統令公布修正刑事訴訟法部分條文，其中第 206 條及第 208 條，將影響從事鑑定業務者

一、112 年 12 月 15 日公告修正刑事訴訟法，其中第 206 條及第 208 條之修正與醫界較為相關，其修正內容對醫界影響分析如下：

(一) 刑事訴訟法第 206 條第 4 項規定「以書面報告者，於審判中應使實施鑑定之人到庭以言詞說明。」課予書面報告之鑑定人出庭言詞說明義務，此將增加鑑定人業務負擔。

(二) 刑事訴訟法第 208 條第 2 項規定，要求實施鑑定或審查之機關，於鑑定前具結 (準用刑事訴訟法第 202 條)，亦有到庭說明之義務及應於書面報告具名。

(三) 依上述二條文規定，鑑定人和審查之人皆負有於書面具名和到庭說明之義務，鑑定機關亦有具名義務。因此對於鑑定機關、擔任鑑定及審查之醫師皆有所影響，轉知全體會員知悉為要。

二、轉知司法院公告之刑事訴訟鑑定新制問答集 (網址：<https://reurl.cc/nNXnzX>)

## 25【全聯會】轉知衛生福利部公告修正「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑不定時及即時追蹤輔導訪查作業程序」

旨揭公告內容請至衛生福利部全球資訊網站 (路徑：首頁 / 公告訊息或首頁 / 本部各單位及所屬機關 / 心理健康司 / 精神疾病防治 / 精神照護機構評鑑相關業務)，下載及參閱。

## 26【全聯會】衛生福利部中央健康保險署函知「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能 Web API」自即日起正式上線服務，敬請會員善加運用

一、「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能 Web

API」介接說明後續如有更新將置於健保署「健保資訊網服務系統\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統」項下，請自行下載參考。

二、現行健保醫療資訊雲端查詢系統「跨院重複開立醫囑提示功能 web service」及「藥品交互作用暨過敏藥物提示功能 web service」及「保險對象特定醫療資訊查詢作業」API 功能自 115 年 1 月 1 日 0 時起停止服務 (屆時使用舊版功能者健保署將回饋錯誤代碼「06(資料類別錯誤)」)，請預為準備。

## 27【全聯會】轉知衛生福利部疾病管制署公告「傳染病檢體採檢項目與時間及送驗方式一覽表」

一、本次修正內容為修訂「新型 A 型流感」採檢項目、「淋病」採檢項目及送驗方式。

二、旨揭一覽表請會員至本會網站下載 ([gtma.org.tw/](http://gtma.org.tw/) 最新消息 / 公佈欄 / 2024-07-09)。

## 28【全聯會】轉知衛生福利部中央健康保險署公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」，並自 113 年 7 月 1 日實施

旨揭公告新增計畫請至本會網站下載 ([gtma.org.tw/](http://gtma.org.tw/) 最新消息 / 公佈欄 / 2024-06-28)。

## 29【全聯會】轉知中央健保署函知有關 112 年度「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款(以下簡稱品保款)」核發作業案

一、112 年度品保款核發結果，摘要如下：

(一) 領取品保款院所家數計有 7,886 家 (占率 71.3%)，未領取品保款院所計有 3,175 家 (占率 28.7%)，其中 1,459 家 (占率 13.2%) 院所不符合本方案第肆點核發資格之規定，1,716 家 (占率 15.5%) 院所權重和為零或小於 80%。

(二) 每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 2 億 2,950 萬 9,984 元，與預算數相較差異 1,877 元。

二、本案預定於 113 年 6 月 28 日前完成 112 年度西醫基層總額品質保證保留款核發作業。

## 30【全聯會】增修「醫師倫理規範」

旨揭詳細醫師倫理規範惠請至本會網站 ([gtma.org.tw/](http://gtma.org.tw/) 業務服務 / 下載資料 / 2024-07-18) 項下查閱。

### 31【全聯會】轉知衛生福利部國民健康署推動「兒童發展篩檢服務方案」所需醫療資訊系統介接兒童預防保健及兒童發展篩檢登錄應用程式介面操作說明書，已置於該署網站專區

一、為協助簡化辦理旨揭服務方案之行政作業流程，已將兒童預防保健及兒童發展篩檢應用程式介面(下稱API)之操作說明書，置於本署機關網站「兒童發展篩檢服務」專區(首頁>健康主題>全人健康>嬰幼兒與兒童健康>兒童發展篩檢服務)，以供醫療資訊系統廠商或資訊人員參考及進行開發，開發完成後，國健署將提供醫療資訊系統測試帳號及密碼，使能與國健署婦幼健康管理整合系統介接。

### 32【全聯會】轉知「全民健康保險醫療辦法」第二十二條(處方用藥之用量規定)、第二十八條，業經衛生福利部於中華民國113年6月20日以衛部保字第1131260353號令修正發布

旨揭修正修文說明，惠請至本會網站下載(gtma.org.tw/最新消息/公佈欄/2024-07-18)。

### 33【全聯會】轉知中央健康保險署公告修正「全民健康保險特約公私立醫事機構上傳民眾自費檢驗(查)結果、藥品、醫材資料之欄位格式」及「個人自費檢驗(查)、藥品、醫材資料蒐集處理及利用同意書」，自113年7月20日起實施

### 34【全聯會】轉知「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經衛生福利部於113年6月25日以衛部保字第1131260358號令修正發布，自113年7月1日生效

本次主要依據本年度醫院總額決定事項，醫院部門新增兒科及新生兒科加護病房之住院診察費、病房費及護理費加成規定及調升新生兒中重度住院診察費，另新增預立醫療照護諮商費二項及增修特定診療項目六項；牙醫部門配合專款計畫增修支付標準；及例行性更新全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)權重表(附表7.3)等。

### 35【全聯會】轉知衛生福利部訂定「醫療機構通訊診察治療實施計畫書(範本)」旨揭範本及相關訊息放置於本會網站(gtma.org.tw/業

務服務/下載資料/2024-07-23)項下。

### 36【全聯會】轉知中央健康保險署公告修訂「健保卡資料上傳格式2.0作業說明」公告事項：

- 一、旨揭作業新增上傳方式說明及代碼：
  - (一)一般身份轉職業傷病身分。
  - (二)住院切帳異常取就醫識別碼。
  - (三)住院期間、出院帶藥及回診排檢。
  - (四)C型肝炎快篩結果。
  - (五)醫令類別碼S(當次交付之特殊材料)及處方調劑方式代碼G(僅調劑公費口服抗病毒藥物Paxlovid、Molnupiravir等)。
  - (六)異常代碼「NVIT」(在宅急症照護試辦計畫)、「Z009」(提供長期照護機構巡檢無法過卡時使用)。

二、修訂就醫識別碼取號異常狀況定義、異常就醫序號情境及COVID-19相關檢驗上傳說明。

### 37【全聯會】中央健康保險署函知有關「健保卡資料上傳格式2.0作業」單軌實施時程預計延期至114年上半年(原訂113年9月1日)，實施日期另行通知

### 38【全聯會】轉知中央健康保險署函知有關為協助辦理「國民小學學生健康檢查改善方案」案之相關事宜

旨揭詳細相關事宜請至本會網站(gtma.org.tw/最新消息/公佈欄/2024-07-23)項下查閱。

### 39【全聯會】轉知衛生福利部函復與中華民國護理師護士公會全國聯合會所提「居家失能個案家庭醫師照護方案」個案管理師資格建議

一、為減少參加「居家失能個案家庭醫師照護方案」之醫師或護理人員負擔，提高其投入長照服務之意願，本會與中華民國護理師護士公會全國聯合會於113年5月22日以全醫聯字第1130000598號函，共同建議衛生福利部加入「居家失能個案家庭醫師照護方案」之個案管理師，比照加入本方案之醫師，完成由衛生福利部規劃設計3小時線上課程，即取得本方案之個案管理師資格。(副本諒達)

二、113年7月16日經衛生福利部函復，重點略以：考量本方案個案師之工作內容，係透過與照顧管理專員及社區整合型服務中心個案管理員(下

稱A個管)橫向連結，落實醫師意見書中對於長照醫事服務之建議，並就近提供個案健康及慢性病管理，建立醫療與長照結合之服務模式，爰為個案師能持續與A個管、專業服務人員對話，故取得長照人員認證並持續接受長照繼續教育以能與時俱進、精進服務知能有其必要性。據此，護理人員擔任本方案個案師，仍應取得長照人員認證，醫師如除開立醫師意見書外亦兼任個案師者，亦同。

### 40【全聯會】轉知衛生福利部中央健康保險署函送113年1-5月「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」申報概況

一、為利113年專款費用管控，統計113年1-5月申報概況，核定家數84家，共82家申報，申報點數約1億9,004萬點，說明如下：

- (一)醫學中心：核定家數12家，申報家數12家，申報點數約2,398萬點。
- (二)區域醫院：核定家數35家，申報家數33家，申報點數約7,095萬點。
- (三)地區醫院：核定家數37家，申報家數37家，申報點數約9,511萬點。

二、前揭申報概況一併公布於健保署全球資訊網本計畫專區。

### 41【中央健康保險署】修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」特殊材料部分規定

因說明及附件頁數過多，為響應節能減碳活動，敬請自行於該署全球資訊網下載(路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告)

### 42【中央健康保險署】修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分規定及其健保用藥異動情形

因說明及附件頁數過多，為響應節能減碳活動，敬請自行於該署全球資訊網下載(路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告)。或至本會網站(gtma.org.tw)下載參閱。本訊息亦同步刊登於本會APP/公會公告。

### 43食品藥物管理署公告以下成分藥品之安全資訊，提醒會員注意，以保障病患用藥安全回收或公告註銷下列藥品、醫療器材許可證，請會員配合辦理

各藥廠藥品回收因品項眾多，請各院所逕行至下列網站查詢，並請配合該藥品回收。

- (一)衛生福利部食品藥物管理署首頁(網址: <http://www.fda.gov.tw/>)>業務專區>藥品>產品回收。
- (二)為確保民眾使用藥物權益及安全，惠請所屬會員依藥事法第80條及同法施行細則第37條規定辦理，倘有陳列販售下列藥品、醫療器材，應配合下列公司回收驗章作業。
- (三)公告註銷醫療器材許可證之資訊已登載於衛生福利部食品藥物管理署藥物許可證查核系統(<http://www.fda.gov.tw/MLMS/H0001.aspx>)

## 社團法人臺中市大臺中醫師公會 傳承獎學金申請辦法

- 一、本會會員直系子女考上醫學院醫學系(教育部認可)或中醫系甲組，持二年內入取通知證明向本會申請獎學金。
- 二、獎學金將於年度醫師節慶祝大會上表揚。
- 三、提供佐證資料如下：
  - 1、符合申請時二年內為會員身份。
  - 2、學生身份證正反面影本1份、學生證正反面影本1份(需加蓋註冊章)或在學證明。
  - 3、申請期限：至113年9月30日止。
- 四、上述佐證資料請郵寄或E-mail(gtma.shuhan@gmail.com)申請。





◎ 文／林鈞尚小兒科診所 賴國源 醫師

# 十年磨一劍，大概就是這個意思

2009年，在淑怡的邀約，參加了傑人盃東海大學馬拉松接力賽，八人一組一人校園一圈 5.25 公里，開始了我的跑步人生。2011 年，日月潭泳渡，那天游完日月潭兩趟，開車回台中的路上，小郭提議跑 12 月 3 號的合歡山馬拉松，眼前突然出現一座像魔戒裡的一座大山，開始初馬。

原以為合歡山馬拉松已經是最高的殿堂，怪力神腿聖豪說，2011 年開始，台東關山三月份有一場南橫公路 100 公里，你要不要挑戰看看？2013 年 3 月 16 日，初百 k 南橫 100 公里超級馬拉松，開啟了我的新視野。

人要有信仰，人生才不會茫然；信仰不一定是宗教或是政治，有一個中心目標就是。過了 40 歲，開始對未來人生預做想定，我該好好運動了，運動的目的是訓練心肺功能、維持良好的腳力，儘量讓自己的身材不要隨著年齡增長而變形。為了達到目的，所以要設定一個目標才不會偷懶；為了達到目標才有辦法勤於練習；人都是有惰性的，最可怕病叫做懶惰病。為了不讓自己怠惰，跑步最好的方法就是勤報比賽，逼自己半夜從被窩裏爬出來；平常工作太忙，沒辦法晚上和跑友團練，所以報名全馬以上，才有多一點的跑量。

13 年三月南橫 100 初百 K，十月普悠瑪初大三鐵 226，14 年二月的鎮西堡 100 是第二場；積累了足夠的跑量，等到 15 年元月的鎮西堡跑了 11:40，三月的南橫 108 K 跑出 12:48，跑出了信心。



成績型的跑者速度快，也是要天份加上勤於訓練，如果不行也無所謂啦！跑步不用靠成績，沒有上總排的天份，業績、耐力、耐心加上毅力，也可以走出一片天。

2017 年開始是個百 K 參賽的爆發年，之前台灣全年大約只有 3-5 場標準百 K（每 5 K 一個補站）還有一、二個繞圈計時賽，再來就是去日本跑了。真的要特別感謝 TUR(Taiwan Ultra Runners)，感謝古哥、邦生哥、泛泛老爺、柑爹炯彬哥、鉄哥、在琮、發哥、八百壯士的推坑者志銘哥、志工服務群，從三百壯士到八百壯士，再加上制霸台中系列，讓我 18、19、20 年百 K 次數得以大爆發，三年就累積 46 場，是個人生涯的巔峰時期。

本來想打鐵趁熱還年輕，早一點完成百百 K，只是遇上了疫情還有生命中的低谷，很多預定的場次被取消，不然就是要拼經濟沒法子去參加。

靠著信念及毅力，歷時 10 年 10 個月又 3 個禮拜，完成 100+ K\*100 場，每一場次都是一次的修行。總距離 10526 公里，耗時 1470 小時 40 分左右，總算有一項紀錄登上中華民國總排。

人一旦設定目標，才不會止步不前。



## 百 . 百 K+super iron man 226\*1 全紀錄

編號	日期	名稱	里程	時間	備註
001	2013.03.16	南橫公路超級馬拉松	100 公里	13:40:28	
002	2013.10.12	台東超級鐵人	226 公里	15:40:53	
003	2014.02.23	鎮西堡超級馬拉松	100 公里	13:23:21	
004	2015.01.25	鎮西堡超級馬拉松	100 公里	11:40:35	
005	2015.03.07	南橫公路超級馬拉松	108 公里	12:48:06	隔日接鎮山慈濟 42
006	2015.11.01	濁水溪超級馬拉松	100 公里	12:43:06	前 1 日八甲馬
007	2016.02.21	藍鯨坪林福隆超級馬拉松	110 公里	14:36:58	
008	2016.03.12	第六屆南橫超級馬拉松	120 公里	14:38:39	
009	2016.04.02	橫台賽清境 - 太魯閣超級馬拉松	106 公里	15:22:35	總六
010	2016.04.09	環澎湖超級馬拉松	100 公里	13:02:13	
011	2016.06.12	日本岩手縣銀河超級馬拉松	100 公里	12:39:52	
012	2016.09.11	日本白山白川合掌村超級馬拉松	100 公里	13:16:14	
013	2016.11.20	濁水溪超級馬拉松	100 公里	13:36:50	
014	2016.11.25	冬山河超級馬拉松夜組	100 公里	13:10:12	分二，隔日南投馬
015	2016.12.31	花蓮池原灣跨年夜超級馬拉松	110 公里	14:27:06	分八

編號	日期	名稱	里程	時間	備註
016	2017.01.08	鎮西堡祖靈之鐘 (暫) 超級馬拉松	100 公里	12:06:46	正兩百馬
017	2017.03.11	南橫超級馬拉松	120 公里	14:26:18	隔日小琉球馬
018	2017.04.01	橫台賽埔里地理中心碑 - 太魯閣超級馬拉松	165 公里	26:58:32	總六，男總五。
019	2017.06.25	日本北海道 SAROMA 湖超級馬拉松	100 公里	12:42:35	
020	2017.10.08	制霸環金 - 三百壯士之一	102 公里	13:21:30	
021	2017.10.28	穿越臺灣	223 公里	38:06:37	總六，男總五。
022	2017.11.04	制霸環曾文 - 三百壯士之二	119 公里	16:54:54	六天前穿台 223K
023	2017.12.16	制霸環池瀾玉里 - 三百壯士之三	100 公里	13:44:41	
024	2018.01.21	鎮西堡祖靈之鐘 (仁) 超級馬拉松	100 公里	12:54:22	
025	2018.03.17	第八屆南橫超馬	100 公里	12:27:59	
026	2018.04.29	奮起湖超馬	100 公里	14:08:32	
027	2018.05.12	漫步中寮山超級馬拉松 - 八百壯士之一	105 公里	15:00:23	
028	2018.06.16	小臺灣超馬海線組 - 八百壯士之二	117 公里	15:51:21	

編號	日期	名稱	里程	時間	備註
029	2018.06.30	制霸台中之——東豐超級馬拉松	104 公里	13:39:15	
030	2018.07.21	漫步阿里山奮起湖超級馬拉松—八百壯士之三	101 公里	15:25:50	
031	2018.09.01	制霸台中之——潭雅神超級馬拉松	104 公里	13:37:56	
032	2018.10.06	漫步玉里超級馬拉松—八百壯士之四	100 公里	12:49:56	隔日烏來馬
033	2018.10.20	穿台費馬日火車站驛社—八百壯士之五	103 公里	14:54:56	
034	2018.11.03	如來神掌 100 式	101.9 公里	14:27:41	
035	2018.11.17	漫步環曾文超級馬拉松—八百壯士之六	119 公里	16:36:19	
036	2018.12.01	大坑超級馬拉松—制霸台中系列之三	100 公里	14:04:20	
037	2018.12.09	高雄山城美濃超級馬拉松	100 公里	13:16:01	
038	2018.12.15	漫步國境之南超級馬拉松—八百壯士之七	105 公里	13:35:07	
039	2019.01.06	高雄大學鐵園賽	100 公里	12:13:34	
040	2019.01.20	漫水營古道超級馬拉松—八百壯士之八	106 公里	17:05:47	
041	2019.03.02	樓閣 100K 林道越野	100 公里	13:58:19	
042	2019.03.09	第九屆南橫超級馬拉松	100 公里	12:49:09	
043	2019.03.17	第二屆奮起湖超級馬拉松	100 公里	13:37:38	
044	2019.03.31	湖光山色超級馬拉松	102 公里	13:35:59	
045	2019.05.11	2019 阿里山奮起湖超級馬拉松—八百壯士之九	102.9 公里	15:25:10	
046	2019.06.09	五峰鄉登峰造極極度雪霸超級馬拉松先鋒組	100 公里	13:44:40	
047	2019.06.15	漫步月球超級馬拉松—八百壯士之二	101 公里	15:09:05	
048	2019.08.17	漫步玉里瓦拉米·赤科山超級馬拉松—八百壯士之三	104 公里	15:41:20	
049	2019.09.15	環八卦山超級馬拉松 16H 組	100 公里	14:48:00	
050	2019.09.28	熱血環澎超級馬拉松—八百壯士之四	113 公里	15:46:30	
051	2019.11.02	如來神掌壹百式	101.9 公里	14:56:45	
052	2019.11.16	漫步環曾文超級馬拉松—八百壯士之五	119 公里	16:36:46	
053	2019.12.08	高雄山城美濃超級馬拉松	100 公里	12:13:13	
054	2019.12.14	漫步國境之南超級馬拉松—八百壯士之六	106 公里	14:18:35	
055	2020.01.05	高雄大學超級馬拉松總園賽	100 公里	11:56:25	
056	2020.01.19	第八屆西寧征途超級馬拉松	100 公里	13:24:26	
057	2020.02.09	第二屆奮起湖超級馬拉松	100 公里	13:05:00	
058	2020.04.25	第三屆八百壯士之一—制霸貓狸超級馬拉松	100 公里	15:13:34	
059	2020.05.09	第三屆八百壯士之二—悠遊曾南超級馬拉松	110 公里	15:59:45	
060	2020.06.13	第三屆八百壯士之三—悠遊老濃超級馬拉松	100 公里	14:41:46	
061	2020.07.05	八百壯士之四—制霸水沙連超級馬拉松	101 公里	15:47:31	
062	2020.09.19	八百壯士之五—漫步中寮山超級馬拉松	105 公里	14:58:27	隔日雪霸 100K
063	2020.09.20	戰慄雪霸登峰造極超級馬拉松	100 公里	13:57:41	前一日中寮山 105K
064	2020.09.27	制霸台中之壹—潭雅神超級馬拉松	104 公里	13:49:14	
065	2020.10.17	八百壯士之六—制霸環金超級馬拉松	102 公里	13:52:07	

編號	日期	名稱	里程	時間	備註
066	2020.10.25	制霸台中之貳—東豐超級馬拉松	106 公里	14:12:45	
067	2020.11.14	八百壯士之七—花蓮浪漫 193 天堂路超級馬拉松	100 公里	13:17:35	
068	2020.12.13	制霸台中之參—大坑超級馬拉松	100 公里	13:46:24	
069	2020.12.19	八百壯士之八—國境之南超級馬拉松	106 公里	14:12:21	
070	2021.02.28	第四屆奮起湖超級馬拉松	100 公里	13:29:27	
071	2021.03.13	第十屆南橫公路超級馬拉松	100 公里	12:11:52	
072	2021.04.18	第四屆八百壯士之一—制霸貓狸超級馬拉松	100 公里	14:03:06	
073	2021.05.01	六順山七彩湖丹大林道越野超級馬拉松	139 公里	36:38:04	
074	2021.10.04	穿台團練第二日東段清境 7-11 嘉義門市~花蓮新城火車站	108 公里	16:49:25	
075	2021.12.05	第四屆八百壯士之二—制霸水沙連超級馬拉松	101 公里	15:09:12	
076	2022.02.13	第五屆奮起湖經典超級馬拉松	100 公里	13:09:39	
077	2022.02.19	TUR 公益百 K 環台灣第一天左營達仁	113 公里	14:56:35	
078	2022.02.20	TUR 公益百 K 環台灣第二天達仁麟山	103 公里	16:00:00	
079	2022.02.26	TUR 公益百 K 環台灣第八天台中嘉義	101 公里	14:35:51	
080	2022.02.27	TUR 公益百 K 環台灣第九天嘉義高雄	103 公里	15:39:00	
081	2022.03.12	南橫公路超級馬拉松	100 公里	13:48:40	
082	2022.03.19	TUR 八百壯士之制霸環澎超級馬拉松	114 公里	15:18:27	
083	2022.04.10	TUR 八百壯士之制霸貓狸超級馬拉松	100 公里	15:54:34	
084	2022.09.18	戰慄雪霸勇士之歡超級馬拉松	100 公里	13:52:17	
085	2022.10.16	TUR 八百壯士之制霸水沙連超級馬拉松	101 公里	15:16:13	
086	2022.12.25	第五屆高雄山城超級馬拉松	100 公里	13:20:41	
087	2023.01.01	TUR 八百壯士之制霸環中超級馬拉松	100 公里	14:11:55	
088	2023.01.08	鎮西堡王者之路運動超級馬拉松	100 公里	13:29:55	
089	2023.02.05	TUR 八百壯士之制霸奧萬大超級馬拉松	106 公里	15:33:50	
090	2023.02.26	第六屆奮起湖經典超級馬拉松	100 公里	12:50:34	
091	2023.04.16	日本富士五湖之西湖超級馬拉松	100 公里	12:28:01	
092	2023.05.21	TUR 八百壯士之制霸石門超級馬拉松	101 公里	15:22:34	
093	2023.09.17	第一屆華山論劍湖超級馬拉松	100 公里	13:58:30	
094	2023.09.24	日本北緯 40° 秋田內陸鐵道超級馬拉松	100 公里	11:51:21	
095	2023.10.15	TUR 八百壯士之制霸水沙連超級馬拉松	100 公里	14:56:59	
096	2023.10.21	冬山河超級馬拉松日組	100 公里	11:26:13	分四
097	2023.11.19	TUR 八百壯士之制霸鳳城超級馬拉松	101 公里	14:38:07	
098	2023.12.24	第六屆高雄山城超級馬拉松	100 公里	12:36:10	
099	2023.12.31	TUR 八百壯士之制霸環中超級馬拉松	100 公里	14:05:50	
100	2024.01.21	第十屆 西豐超級馬拉松無畏	100 公里	14:14:04	
101	2024.02.04	TUR 八百壯士之制霸中寮山超級馬拉松	105 公里	14:39:22	

PS：百 K 可普查 46 場；百 K 不可普查 54 場；超級鐵人 226 一場

目前百 K 記錄：100 勝 3 敗

第一敗：2022 環台百 K 九日賽第四天，鳳林 - 南澳段，48k 因右膝疼痛，棄。

第二敗：2022 環台百 K 九日賽第六天，十分 - 新竹段，12k 因右膝疼痛，棄。

第三敗：2023 三月制霸貓狸，在近 70k 折返點劍潭古道小山坡上，突發性雙腿大抽筋在山上躺了 50 分鐘，下山後趕時間補給站未補給，撐至明德水庫，飢餓過度，83k 處左右，棄。史稱「癸卯貓狸事變」

至 2024 年 2 月 4 日為止，有成績紀錄證明的，共 397 (301+96) 場馬拉松 (42 公里以上，跑者廣場可登錄 301，不可 96)；其中比例 1/4 以上是 100+ K。總距離 23530 公里。

- # 跑不快只能靠耐力
- # 人生就是不斷的前進
- # 雨過天晴撥雲見日
- # 邁向 100 個 100 公里
- # 志向高遠才不會止步不前
- # 給自己一個不要放棄的理由
- # 十年磨一劍
- # 砥礪自己奮發向前
- # 天行健君子以自強不息

# 公會活動花絮

## 1 113年04月28日舉辦4月學術演講會

主辦單位：社團法人臺中市大臺中醫師公會

協辦單位：仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院

主持人：魏重耀 理事長、黃挺碩 副院長

### 第一堂

題目：肝癌 ABCD

講師：仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院 莊伯恒 主任

### 課程結論

肝癌的分期有很多種，其中巴塞隆納肝癌分期，BCLC(Barcelona Clinic Liver Cancer Stage) 是一種歐美常用的分期系統，它是以肝癌病患的體能、肝功能、腫瘤大小、數量、轉移情況等因素來進行分期。BCLC 分期系統可以幫助醫師選擇治療方式，並且可以預測患者的預後，國建署也以此訪查各醫院成效。除了 BCLC 之外，還有其他的分期系統，例如 tumor, nodes, metastases (TNM) stage 和 Cancer of the Liver Italian Program (CLIP) 等等。不同的分期系統有不同的優缺點。

醫師對肝癌病患的照顧，由 BCLC 早期 (A 期)，一顆五公分或三顆三公分之內；中期 (B 期)，大顆或多顆；晚期 (C 期)，侵犯血管或肝外轉移；以及末期 (D 期)，分成臥床或肝功能失代償兩大類等，大概分成四大期別，醫院提供血液及超音波檢查、電腦斷層、核磁共振及血管攝影等影像判讀診斷及追蹤，病理切片或切除組織報告，對酒精性肝炎患者輔導戒酒，對病毒性肝炎患者提供第二級及第三級抗病毒藥物治療肝炎，逆轉病毒性肝硬化，降低肝癌的復發率，並追蹤病患，提供復發肝癌的治療選擇，增加病患的存活時間。

肝癌的治療方式也有很多種，包括根據巴塞隆納肝癌分期 (BCLC) 所對應的標準治療有，小型肝癌 (早期，A 期) 的切除，移植或局部治療；中型或多發肝癌 (B 期) 的栓塞化療；晚期肝癌 (C 期) 或太多顆的中型肝癌但肝功能不好的 (B 期) 則以系統性全身治療為主，間或合併局部治療或放射治療；末期 (D 期) 肝癌分成臥床者以安寧照護為主，而肝功能失代償者以換肝為主。台灣肝癌醫學會的肝癌治療指引，每四年改版，也於 2024 年更新 (DOI: 10.1159/000537686)，不同於歐美的分期治療，比較接近亞太肝病醫學會 2017 年的治療指引，主要考量已切除為目標，以有無肝外轉移、肝功能、大血管侵犯、腫瘤數量、腫瘤大小等條件，來選擇治療方式。近年來手術切除引進達芬奇機器人系統，結合吲哚菁綠 (indocyanine green, ICG) 螢光成像，可以精準的切除腫瘤，提高存活率。經皮局部消融方面，健保給付單針或多針射頻及單針微波消融，儀器發展及醫師的技術也已經熟，使用高階導航超音波，輸入最近的電腦斷層或核磁共振影像對位，配合靈活的手術床、人工腹水或胸水，保護週遭腸胃道、膽囊及橫膈膜等重要器官不受傷、使用由肺臟排出的超音波對比劑 (例如 sonazoid) 加以精準判別與對位消融，也可以針對復發腫瘤再治療或達到根除治療腫瘤，提高存活率。經動脈栓塞化療，也有引進微球及超選擇性栓塞導管技術，甚至經肝動脈釷 90 放射性治療，減少肝功能的破壞，維持病患生活機能。有些醫院也能提供肝動脈化學藥物灌注治療，少數病患可以因此延長存活。放射線治療 (質子、重粒子、螺旋刀、電腦刀等)、標靶治療藥物及免



莊伯恒 醫師

疫藥物的陸續成功發展及健保給付，延長了晚期肝癌患者的壽命，由原先的十個月提升到預計兩年，甚至能降低疾病分期，轉而接受經皮局部消融，達成肝癌根除，不需再服用標靶或注射免疫藥物的情況。因此病患的肝癌成因，大小，顆數，位置，肝代償功能，家庭照顧背景不同，需要多專科醫師，護理師，個案管理師，藥師等分工合作，團隊討論，根據患者的具體情況，來選擇適合的治療方式，才能照顧延長病患存活並兼顧生活品質。

## 第二堂

題目：從微創到無痕 從破壞到重建

講師：仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院 巫奕儒 主任

### 課程結論

介紹本院引進多項先進設備及各科人才，從開始的微創手術，從腹腔鏡器械到最近的達文西器械，到各項高科技器械設備的提升，為了嘉惠大台中地區的醫療品質，也提升本院的研究發展。

甲狀腺手術從過去留下頸部疤痕的手術，發展到其他腋下或頭皮避開頸部，但仍留有疤痕。到現在完全無痕的自然孔洞經口無痕手術，更可以嘉惠許多不想留疤的愛美女士多一項選擇。這是一種最新的治療方式，由甲狀腺外科巫奕儒醫師申請的研究報告國際認證中，是採用組合式治療，會先以藥物治療一段時間後，等甲狀腺功能降低或正常後，再藉由組合式無疤痕微創切除手術，達到出血量少，並且外觀完全無痕的安全有效處理方式，目前已成功處理數十位年輕患者。最新的手術方法是無痕甲狀腺切除術，轉從口腔的前庭處進入到頸部。口腔因屬於黏膜組織，術後復原並不會留下任何痕跡，不需要考量外觀的可能變化，其次是從前庭進入後，不論是良性或是惡性結節均可完整切除。無痕甲狀腺切除術主要結合現代科技，包括 3D 或 4D 的高解析度螢幕以及喉返神經監測器，在手術過程中進行監控，得以避開喉返神經，不會造成傷害導致聲音沙啞。此外，因使用的是能量手術刀，切除結節時不會流血，術後也不用放置引流管，患者住院從傳統手術的 3 至 4 天，可縮短到 1 至 2 天。(圖一)

對患者來說，還有另外一項好處是手術出院後，因為使用的是特殊縫線，約在 4 到 6 周後會由人體自行吸收，或是融入口腔中，或在漱口時自然吐出，因此不用固定換藥和拆線，只要進行自我口腔照護，每次飲食後刷牙漱口即可。

另外除了微創手術，本院也為提升醫療品質，發展器官移植手術，巫醫師是國內少數擁有肝腎活體雙器官移植證照的醫師，過去和現在都一直在高雄長庚服務並累積超過百例腎臟移植經驗，最近返鄉轉調大里仁愛醫院，已協助完成 4 例台中的腎臟移植。其中也碰到有趣個案如下：

67 歲黃先生因腎衰竭洗腎多年，近年更因腹中累積大量腹水(圖二)，常會喘、行動不便與食慾不振，後經大里仁愛醫院腎臟科團隊的照顧與建議，求助移植外科巫奕儒醫師。經巫醫師詳細檢查後發現肝臟並無問題，但患者



● 巫奕儒 醫師



● 圖一：手術前雙側頸部腫大



● 圖二：腎臟移植前肝功能正常卻大量腹水；腎臟移植後腹水消失重拾健康

卻除了洗腎外，還有心臟衰竭的問題，便向黃姓夫妻解釋腹水的原因。主因是腎臟影響心臟功能，雖有接受洗腎，但心臟衰竭，以致無法完全洗去毒素與排除體內積水，以致日積月累造成大量腹水，如果一直持續下去，可能就需要換心了。

62 歲的黃太太了解後毅然提出由她自己捐腎的想法，經大里仁愛醫院移植外科巫奕儒醫師與腎臟科團隊評估後，決定使用微創手術摘取左腎後，移植於黃先生的右側腹部。手術中大概放掉約 10 公斤的腹水後，並順利移植讓腎臟恢復功能。不僅黃太太捐腎術後復原快速，黃先生也於術後數週，體重縮水恢復腰身，心臟功能大幅改善增加超過 20% 的心輸出功率。目前夫妻倆到處遊山玩水，快樂貽老。

巫醫師更進一步在未來規劃，加強醫院的重症加護照顧，申請完成肝臟移植的醫院認證，未來在長庚體系的支援下，更可以提升中部的醫療品質。

## 第三堂

題目：達文西機械手臂手術在一般外科的發展

講師：仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院 黃挺碩 副院長

### 課程結論

現代醫療技術的快速發展下，達文西機械手臂手術系統的引進和應用是一大革新。本演講探討達文西機械手臂手術在一般外科的發展歷程、技術優勢以及臨床應用，並對其在全球及台灣的應用現狀和未來展望進行詳細分析。

#### 一、達文西機械手臂手術系統的演進

達文西手術系統自 1999 年首次被引入以來，經歷多次技術更新與改進，現已發展至第五代系統。最新的達文西 Xi 系統提供 1080p 高清 3D 視覺、多關節器械操作能力及豐富的手術器械組合，使外科醫生能更靈活地應對手術挑戰。

#### 二、傳統手術、腹腔鏡手術與達文西手術的比較

相比傳統手術和腹腔鏡手術，達文西手術在影像放大、靈活度和手術傷口大小等方面具有明顯優勢。達文西手術提供 10-12 倍的 3D 立體影像放大效果，使外科醫生操作更精確。雖然達文西手術成本較高，但其術後恢復時間短、住院時間短、出血量少等優勢，使其在臨床應用中越來越受歡迎。

#### 三、全球與台灣的應用現狀

目前，達文西手術系統在全球 67 個國家和美國所有 50 個州的臨床使用中，已完成超過 1000 萬例微創手術。在台灣，長庚醫療財團法人自引進達文西手術以來，已突破萬例手術，特別在泌尿科、一般外科、大腸直腸外科、婦產科、胸腔外科等領域應用廣泛。近年來，台灣健保政策逐步放寬，部分達文西手術已納入健保支付範圍，今年通過 46 項新術式，其中消化外科佔了 25 項手術，這將進一步推動達文西手術的普及。

#### 四、臨床經驗分享與技術應用

本演講分享多個臨床案例，展示達文西手術在減重代謝手術、胃癌手術、自然孔甲狀腺手術、肝臟手術和胰頭十二指腸切除手術中的應用。例如，一位罕見 RH 陰性血型的 85 歲老翁因胃癌接受達文西機械手臂輔助手術，手術過程中失血量極少，術後迅速恢復出院，充分體現達文西手術在精確性和安全性方面的優勢。

#### 五、未來展望

隨著技術的不斷進步，達文西手術系統未來有望在更多醫療領域中發揮重要作用。預計未來將結合人工智慧和機器學習技術，進一步提升手術精準度和效果。同時，達文西手術的培訓和教育也將逐步完善，為醫療專業人員提



● 黃挺碩 醫師

供更高品質的培訓，最終造福更多病患。

#### 結論

達文西機械手臂手術系統的出現和發展，標誌外科手術進入全新時代。其在提高手術精準度、縮短患者恢復時間及減少術後併發症方面的優越性。

## 2 113年05月05日舉辦5月學術演講會

主辦單位：社團法人臺中市大臺中醫師公會

協辦單位：臺中市政府衛生局、裕利醫藥

主持人：魏重耀 理事長、邱國樑 常務理事

### 第一堂

題目：兒少保護及兒虐檢傷辨識

講師：中國醫藥大學兒童醫院 彭義欽 醫師

#### 課程結論

兒少議題一直以來都是社會大眾關注的焦點，但是很遺憾，憾事仍然時有所聞。中醫大兒童醫院從民國 104 年成立台中市兒保中心，至 107 年擴展成“衛福部中區兒童保護區域醫療整合中心”。近十年來，看著警政，檢調，司法，社政，及醫療端的整合努力，雖然距離完美社會安全保護網仍差一大步，但是大夥總是一步步朝目標向前行。我們常常外展推廣兒少保護辨識與觀念，最常去的包括學校，社政單位，司法單位。醫師公會我還是第一次。感謝“大臺中醫師公會”讓我來分享。

此次跟大家分享最常見的兒少身體虐待，從簡易篩檢指標，“病史不一”，“延遲就醫”，“病史理學檢查不合”，“一歲以下任何骨折或頭部外傷”，“低處跌落(150cm)造成顱內損傷或骨折”。總歸一句話就是受傷機轉合理不合理。就要合理懷疑或轉介通報。

瘀傷準則“TEN-4 → Bruising Rule”：小於四歲兒童軀幹(Torso)、耳朵(Ear)、頸部(Neck)不明瘀傷，小於 4 個月任何部位的瘀傷，若無合理理由或機轉，此類瘀傷要高度懷疑兒童虐待。另一種常見的兒童虐待就是骨折，但是骨折也常見於外傷或意外，如何合理排除兒虐甚為重要。雖然沒有百分百的方法，但是有一些準則可依循。從部位來看長骨幹端骨折，後側，外側肋骨骨折，螺旋或斜向骨折，不同癒合期的多處骨折，或複雜顱骨骨折，這些骨折若無合理機轉解釋都要高度懷疑兒虐的可能。

嬰幼兒兒虐後遺症最嚴重的就屬於虐性頭部損傷(舊稱嬰兒搖晃症候群)，臨床常見嬰幼兒以意識不清，或抽筋嘔吐，或嗜睡活力下降來當主要症狀。身體並不一定有明顯傷勢，但是腦部電腦斷層常見硬腦膜下出血及嚴重腦腫壓迫，視網膜檢查常見雙側廣泛性出血(retina hemorrhage)。虐性頭部損傷常需緊急手術減壓，有高達 15-25% 的死亡率。若存活也都有程度不一的身心障礙。舊名嬰兒搖晃症候群容易被誤會是搖晃才會造成的損傷。其實只要一次狗大的加減速造成的剪力導致腦部橋接靜脈斷裂，就會有嚴重後果。

認識不同兒虐型式，可以幫忙判斷鑑別，一直以來醫療人員一直是責任通報人員通報比例最低的，可能有各種因素，但是多多認識，發揮專業判斷的優勢，合理懷疑合理通報，讓大家為兒少盡一份心力。



彭義欽 醫師

### 第二堂

題目：人工智慧醫療賦能：從診斷到預測，我們距離未來有多遠？

講師：中國醫藥大學附設醫院 陳韋成 主任

#### 課程結論

在迅速變化的世界中，醫療體系面臨前所未有的挑戰。如何在資源有限的情况下提升醫療服務品質，成為亟需解決的問題。數位轉型成為各行各業的重點，人工智慧(AI)在其中發揮了重要作用，而智慧醫院則是台灣各家醫院努力的目標。

中國醫藥大學附設醫院(中醫大附醫)透過美國 HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society; HIMSS) 的數位健康指標(DHI)的嚴格評估，並獲得全球最高分。圍繞四大核心面向：資訊交互運作能力、以人為中心的健康照護、預測分析能力和醫院治理與勞動，發現並改善不足之處，運用資訊科技、人工智慧和軟硬體系統等先進技術，減輕醫護負擔，提升服務品質來造福病患。像是重症 AIoT 醫療戰情室利用數位孿生技術，整合大量醫療資訊，導入智抗菌、智救心、智護肺等 AI 預測技術，實現對重症病人的遠端即時監控，降低抗藥性菌株的發生，提升急性呼吸窘迫症患者的照護。

此外，中醫大附醫透過遠距醫療技術，滿足偏遠地區醫療需求，如智救心將心肌梗塞 AI 反應時間縮短至 37 秒，並與台中、南投 50 個消防隊合作，並推展至澎湖離島使用。而作為個人醫療助理的「中國醫點通 APP」結合虛擬健保卡，利用趨勢圖和智能輔助功能，實現病人自我照護和家庭健康管理。其遠程監測和數據傳輸功能支持病人在家中安全進行血液透析，每年為病人節省高達 90 天往返醫院的時間，並提高透析效率。中醫大附醫還與微軟和 Google 合作，利用語音辨識和生成式 AI，產生病歷輔助撰寫系統和護理語音記錄，縮短撰寫病歷時間 60%，減少護理紀錄時間至 15 分鐘，讓醫護回歸醫療照護的專業。

近年來，中醫大附醫獲得《美國新聞週刊》2024 年世界最佳醫院和 2024 年世界最佳智慧醫療醫院，台灣首個 HIMSS EMRAM 第 7 級再認證、INFRAM 第 7 級和 AMAM 第 6 級認證，並為 2023 年亞洲唯一榮獲 HIMSS 戴維斯卓越獎的醫院，展現其在智慧醫療領域的努力。透過雲端醫療大數據、提升 IT 基礎建設、強化醫療 AI 及商業智慧應用，提升醫院整體營運效能。在這日趨複雜的醫療環境中，中醫大附醫希望提供同仁更好的工作效能，帶給患者更優質的醫療照護。



陳韋成 醫師

### 第三堂

題目：根除三麻一風：麻疹與德國麻疹之診斷、通報及預防

講師：衛生福利部疾病管制署 趙珮娟 防疫醫師

#### 課程結論

三麻一風包括小兒麻痺症、麻疹、先天性德國麻疹症候群及新生兒破傷風，台灣已消除小兒麻痺症及新生兒破傷風。麻疹的傳染力非常高，其 R0 值(Basic Reproduction Number)為 12 - 18，遠高於 COVID-19 的 1.4 - 2.5。由於 COVID-19 疫情期間常規疫苗接種受到延遲或錯過，多國出現了麻疹疫情。儘管台灣在 COVID-19 疫情期間保持 MMR 疫苗第一劑的高接種率(>98%)，但隨著邊境解封，出現了境外移入和本土麻疹病例。台灣的麻疹病例主要分布在 20 - 40 歲，原因為疫苗保護力衰退。有麻疹免疫力者感染麻疹稱為 modified measles，和沒有免疫力者感染的 classic measles 相比，modified measles 的潛伏期較長、症狀較輕，傳染力較低(R0 值為 7 - 8)。麻疹的典型症狀為出現高燒、3C (cough,



趙珮娟 醫師

coryza, conjunctivitis) 的前驅症狀 3 - 4 天後，口腔出現 Koplik spots，紅疹由上到下（臉部→上肢→軀幹→下肢）出現，疹子大多不癢、有逐漸融合趨勢，出疹第三天開始依出現先後次序消退。Modified measles 的疹子數目較少、無明顯融合現象，且約 5 成病人不會有 3C 症狀。台灣的麻疹病例中約 8 成與境外移入有關，醫療院所、國際機場或航空器為可能的暴露場域。麻疹的可傳染期為出疹前後 4 天，須採取空氣傳染防護，接觸者可考慮接受暴露後預防注射免疫球蛋白或 MMR 疫苗。

台灣近 4 年來無德國麻疹病例，過去病例的年齡和麻疹相似主要為 20 - 40 歲。德國麻疹不像麻疹會經由空氣傳播，症狀較麻疹輕，在出現輕微發燒、枕部及耳後淋巴結腫大等前驅症狀約 5 天後，紅疹由上到下出現、約維持 3 天，又稱「3 日疹」。德國麻疹的防治重點為預防孕婦在孕期受到感染，以避免引發先天性德國麻疹症候群，造成死產、流產或胎兒器官受損。台灣自 1997 年至今共有 6 例先天性德國麻疹症候群病例，其中 5 例為外籍母親，建議對新移民人口加強疾病衛教。

醫療人員 MMR 疫苗的補接種建議為 1981 年（含）以後出生者，若無麻疹或德國麻疹免疫力，補接種 1 劑疫苗。具有免疫力的判斷標準包括下列任一：(1) 曾經實驗室診斷確認感染麻疹及德國麻疹；(2) 有至少 2 劑接種麻疹、德國麻疹疫苗的紀錄，且最後一劑接種距今 < 15 年；(3) 具有 < 5 年的麻疹、德國麻疹抗體檢驗陽性證明。

#### 第四堂

題目：Optimizing the Effect of Glucose Management — Empower in Diabetes Care

講師：光田綜合醫院 劉崢偉 醫師

#### 課程結論

SGLT2 抑制劑是一類用於治療糖尿病的藥物，主要作用在腎臟，透過減少腎小管對葡萄糖的重新吸收，從而增加尿液中的葡萄糖排泄量。使用 SGLT2 抑制劑治療糖尿病的好處包括：

1. 保護心腎功能：SGLT2 抑制劑在一些臨床研究中顯示出對心腎功能的保護作用，有助於減少心血管事件和腎病變的風險。
2. 有效控制血糖：透過促進尿液中葡萄糖的排泄，有效降低血糖水平，有助於糖尿病患者的血糖控制。
3. 減輕體重：SGLT2 抑制劑能夠引起輕度的體重減輕，這部分是由於體內的多餘糖分透過尿液排出，而不被利用，從而減少體重。
4. 降低血壓：使用這類藥物還可以幫助降低血壓，大約有 4 毫米汞柱的降幅，等同半顆標準劑量的單方降血壓藥物。

SGLT2 抑制劑除了能夠有效控制血糖之外，還有助於體重管理、降壓以及心腎保護，是糖尿病相關治療指引中的主要選擇。對於糖尿病病患使用 empagliflozin 治療以減少心臟衰竭住院風險的主要臨床試驗來自於 EMPAREG 研究，收錄的糖尿病患者幾乎都有粥狀動脈硬化疾病的病史，被隨機分派到 empagliflozin 10mg 或 25mg，與安慰劑相比都能減少未來發生心血管事件的風險。後續研究（Emperor reduced 與 preserved）也收錄了以心臟衰竭為主的病人，其中一半有糖尿病，另外一半沒有糖尿病，探討 SGLT2 抑制劑在沒有糖尿病的心臟衰竭病患，是否也能夠減少心血管事件的風險。根據研究的結果顯示即使沒有糖尿病的心臟衰竭病人，也可以透過 empagliflozin 減少心臟衰竭住院的風與改善心臟衰竭的相關症狀。在腎臟的部分，則有 EMPA-CKD，收入以慢性腎臟病合併蛋白尿的病患，研究中有些患者糖尿病，有些則沒有糖尿病，結果發現 Empagliflozin 可以有效地延緩腎功能的退化與避免發生腎臟的複合式試驗終點。以上的研究都顯示不論是有糖尿病的病人，慢性心臟衰竭或者是慢性腎臟病的病患，都能夠從 SGLt2 抑制劑，像是 empagliflozin 的治療中，獲得改善糖、心與腎的好處。



劉崢偉 醫師

### 3 113年5月29日魏重耀理事長參加童綜合醫院泌尿國際研討會啟動記者會



### 5 113年7月16日召開第四屆秘書處暨公關事務會議暨文康福祉委員會



### 7 全聯會訂於113年6月16日舉辦第十三屆第三次會員代表大會



本會代表幹部：魏重耀理事長、林釗尚副理事長、蔡其洪榮譽理事長、藍毅生榮譽理事長、黃健郎秘書長、王榮輝常務理事、黃崇濱監事

### 4 113年7月17日心烏日醫療群學術研討會及聯誼會



### 6 113年7月9日龍井大肚沙鹿區醫療群學術研討會及聯誼會



### 8 登山社訂於113年6月9日舉辦第2次登山活動



◎文/洪光正 隊長

# 2024.6.16

## 大臺中醫師公會桌球會內選拔賽後報導

113年的六月梅雨季尾聲，天氣時而悶熱時而陰雨綿綿，16號禮拜天正好放晴是個好日子！為持續追求健康快樂而舉辦的113年大臺中醫師公會桌球會內賽，在魏重耀理事長及王榮輝文康主委及黃健郎秘書長鼓勵大家工作之餘仍要多多運動，桌球項目就在長官開球後熱烈展開！

今年報名特別踴躍，破紀錄的23位會員醫師及2位女眷共25人參賽，今年首次採用冷氣場地，比照全國賽等級，大家在爽呼呼的情況下熱情賣力演出，各拿出絕活壓箱寶，鏖戰3個多小時，在整場悅耳的乒乓彈跳聲中，各自展現驚人的健康續航力，中午的何安乒乓球館有了剛出爐熱騰騰的比賽結果…

### 會員單打 A 組

冠軍 - 張凱惟醫師 (四連霸)、亞軍 - 文貴旺醫師、季軍 - 林敬惟醫師  
殿軍 - 林信宏醫師、第五名 - 洪光正醫師

### 會員單打 B 組

冠軍 - 李秉學醫師、亞軍 - 陳明慶醫師、季軍 - 劉再昭醫師、殿軍 - 黃國生醫師  
第五名 - 夏恒健醫師、第六名 - 施文良醫師、第七名 - 陳煥升醫師、第八名 - 許佳君夫人  
第九名 - 嚴允和醫師、第10名 - 莊毓峰醫師、第11名 - 楊文澤醫師、第12名 - 孫一誠醫師  
並列第13名 - 蔡嘉富醫師、張力元醫師、陳彥斌醫師、林盈玟夫人  
並列第17名 - 洪及第醫師、余秋霖醫師、林士惟醫師、黃心宏醫師

緊接著繼續進行10組雙打配對模擬賽主要是要測試選手的雙打表現，作為全國賽選手的選拔參考。果然雙打跟單打確實不同，默契跟腳步站位相當重要，大家在模擬比賽中努力培養默契，希望能夠發揮1+1大於2的表現！

今年的全國賽九月下旬由台南市在成功大學體育館舉行，透過今天的比賽，我們會選拔出一隊最強的會員團體賽參賽，希望今年我們能夠有耀眼的表現，大臺中桌球隊加油加油加油！！



◎文/屯區分會長 周采鈺夫人(蔡秉衡醫師夫人)

## 難忘的料理饗宴～帥哥主廚到你家



由屯區分會精心籌劃已久的“帥哥主廚到你家”活動，為姐妹們帶來了一場令人期待的料理盛宴。我們有幸邀請到知名餐廳“好食慢慢”的主廚親臨指導，主廚以其豐富的經驗和風趣的教學手法，為大家呈現了一場非同凡響的廚藝教學和美食饗宴。

活動開始前，僅僅看到精心設計的菜單便已讓人心動不已，隨著一道道佳餚陸續呈現，姐妹們的味蕾逐漸被激發，彷彿在嘴裡演奏出一首美妙的交響曲。每道料理都展示了主廚對食材的深刻理解和對烹飪藝術的熱愛，讓人驚艷不已！

在烹飪過程中，帥哥主廚不僅展示了精湛的廚藝，還分享了許多烹飪秘訣和小技巧。姐妹們在享受美食的同時，也學到了許多寶貴的料理知識。最令人難忘的環節莫過於老闆娘的手作酪梨酸麵包的課程。姐妹們輪番上陣，親自手作，大展刀功，讓現場所有人都敬佩不已！

衷心的感謝我們聯誼會惠如會長大力相挺，提供高檔的廚房設備和舒適寬敞的場地，才能讓我們這次的活動順利進行。

許多姐妹在活動結束後，將當天學到的菜餚呈現於家人面前，獲得了家人們的稱讚與驚艷！此次活動不僅讓大家收穫了實用的烹飪知識，更留下了一段難忘的午後時光。相信這次的經歷將會成為我們永遠珍藏的美好回憶。

# Happy Birthday

## 大臺中醫師公會會員壽星生日快樂榜

### 祝本會會員8月份壽星快樂

孔令天	李子朋	林育玲	徐立意	郭建宏	陳耀舜	詹賜鎮	蕭克瑜	王呈旭	李世偉
林育萱	徐秀寶	郭嘉政	陳顯仁	詹賢德	蕭景元	王叔昂	李永福	林宗德	徐廣鵬
陳一心	傅紹齊	廖芳瑩	賴仁照	王定偉	李光輝	林尚輝	馬弘桓	陳元鼎	彭美玲
廖冠評	賴俊佑	王振鴻	李冠嬌	林明亮	張乃元	陳宗成	彭書昱	廖原茂	賴勇祈
王賢和	李思靜	林明達	張元耀	陳忠義	彭業聰	劉乃元	賴威良	古佳衢	李昭儀
林俊彥	張伍泰	陳怡伶	曾昭庭	劉人毓	賴致翰	田馥綿	李美嬌	林宥余	張迪生
陳怡廷	曾國偉	劉文淮	賴國源	伍世杰	李宏崑	林挺申	張哲華	陳俊偉	游以舟
劉文麟	賴勳南	朱文甫	李毅彥	林偉傑	張家齊	陳冠宗	游茜雯	劉宇翔	戴芳銓
朱永泰	李蕙君	林琪偉	張凱堯	陳樺	馮少雄	劉忠政	據大維	朱盈達	李錦中
林琮凱	張竣翔	陳建宏	黃仔灼	劉冠宏	謝逸樵	朱繡棟	李龍鳳	林肇威	張雯嬈
陳彥斌	黃春森	劉曼莉	鍾元強	江孟舫	李穗倫	林輝雲	張嘉玲	陳拱璧	黃素雲
劉瑞婷	鍾文耀	江英鎮	杜旻育	林靜慧	張漢昌	陳春帆	黃啟文	劉興鴻	簡旭霄
牟惟茜	汪文生	邱建銘	張學林	陳致宇	黃祥生	劉耀宜	簡柏瑜	何文晃	沈宗憲
邱筱茹	張繼芬	陳紘騰	黃植謙	蔡元齡	簡格凌	何明霖	周一帆	俞瑞庭	張繼森
陳培愷	黃竣聖	蔡守倫	簡肇棟	何建興	周冠	洪一恭	梁心怡	陳祥雪	黃舒容
蔡明道	顏家樺	何秋燕	周英樑	洪文雄	梁宏璋	陳勝進	黃鐘銘	蔡婉妮	顏榮信
何祖德	周振熙	洪光正	莊宜珊	陳惠玲	楊宗龍	鄧永昌	顏福瑩	吳志修	林大詠
洪宗澤	許立斌	陳愛惠	楊智勝	鄭月暉	顏熾男	吳啟明	林永隆	洪豪駿	許丞坤
陳新昌	楊鎮源	鄭志賢	魏士傑	吳盛仲	林永鋒	洪遠鈴	許俊正	陳瑞明	溫偉鈞
鄭紹彬	嚴從碩	呂文憲	林玉傳	胡哲禎	許倬資	陳裕三	葉朗龍	鄭晴	蘇錦宏
呂姿瑢	林劭穎	夏治平	許哲豪	陳壽星	董希正	鄭聖翰	呂振升	林志峯	徐少克
許敏和	陳鴻銘	詹博文	鄭詩聰						

### 祝本會會員9月份壽星快樂

丁原田	吳耿逸	林玠模	徐自良	郭錦榮	曾冠欽	劉明裕	謝志明	王乃弘	吳雅婷
林俊杰	徐明輝	陳至正	曾柏元	劉東源	謝明泓	王金星	吳毓婷	林俊豪	徐富民
陳佳菁	曾國橋	劉芳青	謝珮涵	王致統	吳義村	林威	高永亮	陳忠平	溫凰全
劉彥辰	謝國顯	王哲煒	呂其嘉	林彥巨	高國堯	陳欣怡	游漢欽	劉博堃	謝登富
王晨宇	呂慧君	林昭儀	張力元	陳治圩	湯元皓	劉穎謙	謝慶宏	王惠滿	李大東
林郁卿	張文榮	陳亭宇	程建勝	歐承昌	鍾佩穎	王晴標	李正智	林栗仔	張加憲
陳俊隆	程建銘	潘信宏	鍾治華	王瑋璨	李宗哲	林雅之	張正祿	陳冠良	馮致中
蔡永隆	顏嘉德	王德欽	李幸媛	林德祺	張正廣	陳姿璇	黃介宏	蔡育仁	魏文宏
王儷靜	李政君	林誼宸	張和興	陳宣怡	黃心治	蔡佩霖	魏家新	史哲民	李致宇
林燕宜	張泳新	陳彥旭	黃世惠	蔡佳宏	魏銓儀	石正桓	李惠龍	邱希碩	張信可
陳彥鈞	黃長發	蔡佳諺	羅邦倚	石永祺	李憲國	邱宗恆	張政緯	陳思文	黃奎彰
蔡孟軒	譚皓文	朱惠瑜	杜世隆	邱舜	張家銘	陳昱景	黃建逢	蔡宣致	嚴寶勝
江萬洲	汪以進	侯俊君	張堯欽	陳社璇	黃思中	蔡政谷	蘇怡如	余孟恭	沈坤泰
涂世凱	張敦住	陳貞伶	黃禹銘	蔡敏雄	蘇思聰	余學致	沈炳宏	姜金龍	張智銘
陳惠瑩	黃泰霖	鄭清萬	蘇倉平	吳友才	沈振庭	施盈如	張萬森	陳經緯	黃國富
蕭君毅	吳文宏	沈敬棟	柯志霖	張嘉麟	陳鈴宜	黃惠玲	蕭英宗	吳佩玲	周志和
柯萬盛	張耀文	陳鈺緯	黃鼎翔	蕭靜旻	吳佳鈺	周宗賢	柯樵榕	畢展華	陳輝星
黃德劭	賴仁傑	吳孟穎	周奕廷	禹東海	莊鎮銘	傅宗偉	黃慶琮	賴芳宇	吳昱儒
官苑彤	胡嘉麟	許天彥	傅峰梧	楊繼雄	賴姿云	吳柏壯	林仲堅	唐宗詠	許志誠
彭嘉賢	廖正雄	賴彥廷	吳致洋	林佳昀	唐偉峯	許哲元	曾士婷	廖宜恕	戴元基
吳展基	林評雅	孫傳鴻	許煌明	曾怡菱	趙博亮	戴佩雯			