



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



9 · 10

月號

2024 SEP & OCT NO.190

【理事長的話】

同工不同酬難競爭·診所藥師荒

釋出處方常被拒調劑·民眾領不到藥·醫療權益誰來顧？

病患難以領藥時·應該開放醫師得自行調劑

大法官「放寬」醫療「急迫」認定·以病人自主權、醫療權益為核心的醫藥分業

長照3.0擴增住宿式機構量能·公私協力共融共生多元在地安養

【醫壇時論】

中區縣市醫師公會113年度第1次幹部研討會



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



大臺中醫師情

2024 SEP & OCT NO.190

封面簡介

中區縣市醫師公會113年度第1次幹部研討會

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

本期目錄 CONTENTS

理事長的話

- 03 同工不同酬難競爭·診所藥師荒
釋出處方常被拒調劑·民眾領不到藥·醫療權益誰來顧?
病患難以領藥時·應該開放醫師得自行調劑
大法官「放寬」醫療「急迫」認定·以病人自主權、醫療權益為核心的醫藥分業
長照3.0擴增住宿式機構量能·公私協力共融共生多元在地安養

醫事新訊

- 09 醫事新訊

醫壇時論

- 14 中區縣市醫師公會113年度第1次幹部研討會 文／管灶祥 理事

會員園地

- 18 公會活動花絮
- 26 璀璨奪目的夜晚 文／曾淑惠 秘書長



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

同工不同酬難競爭·診所藥師荒

釋出處方常被拒調劑·民眾領不到藥·醫療權益誰來顧?

病患難以領藥時·應該開放醫師得自行調劑

大法官「放寬」醫療「急迫」認定·以病人自主權、醫療權益為核心的醫藥分業

長照3.0擴增住宿式機構量能·公私協力共融共生多元在地安養

各位敬愛的會員前輩好夥伴們，大家好！

大型連鎖藥局搶才祭 10 萬月薪·健保署幫加薪卻被抗議

全台診所難聘藥師，8月中健保署初步決議幫診所藥師「加薪」，卻引發藥師公會劇烈反彈，堅稱診所不須聘藥師、應統一由社區藥局調劑。但民眾跑遍藥局領不到藥，醫療權益誰來顧？

去年有位醫師新開設兒科診所，看診親切細心，清楚講解用藥方式。然而，好口碑並未讓更多病人聞風而來，原因是看診後，家長得帶著孩子到 10 分鐘路程外的藥局，才能領到藥。

民眾跑遍藥局領不到藥·醫療權益誰來顧？

這間沒有專職藥師的診所，開業前透過各管道發布職缺，卻因診所藥師薪資誘因不如社區藥局，加上兒科藥品磨粉、包藥程序繁瑣，遲遲找不到人。轉而找附近健保特約藥局合作，接連問了幾間大型連鎖藥局，對方都以「沒有磨粉設備」婉拒。好不容易找到一家獨立小藥局願意合作。為了配合藥局進貨，醫師為病人開立處方前，得先跟藥局確認店裡有哪些廠牌

的咳嗽藥、化痰藥等，無法完全依照病人的需求調劑。「很多病人都抱怨領藥太麻煩，有時得在藥局等上半小時，後來就不來我們診所了。」這位醫師百般無奈，收支難以打平。其實這也是全台眾多診所醫師共同面臨的困境。

同工不同酬難競爭·診所藥師荒

「診所藥師愈來愈難聘！」醫師公會全聯會周慶明理事長指出：「過去社區藥局每次調劑處方給付的健保點數，比診所藥師多了十五點，同工不同酬難競爭。疫情以來，許多大型連鎖藥局為了搶才，祭出10萬月薪等誘因，比診所藥師薪資高出2到3萬元，加上許多藥局沒有磨藥機、分包機，挑明不接複雜的急性病處方箋，工作輕鬆、待遇又好，讓醫療院所藥師紛紛出走。當診所聘不到藥師，醫師只能釋出處方，讓民眾自行到鄰近的社區藥局領藥，但卻衍生諸多問題和民怨。」

診所藥師人力流失嚴重·多數流向社區連鎖藥局

「疫情期間，診所藥師人力流失嚴重，多數流向近年大幅擴張的社區連鎖藥局。衛福部統計，近5年，台灣多了758間社區藥局、藥師數增加近1千7百名。同一時間，全台診所多了5百間，診所藥師數卻縮減，去年一間診所平均僅有0.7名藥師。」基層醫療協會理事長、小兒科診所林應然醫師指出：「最近藥師人力一直在往社區藥局流動，診所藥師非常難聘，不少診所本就有意願釋出處方給藥局，但由於常被藥局以無藥、無設備拒絕調劑，因此無法放心釋出。依據衛福部統計，112年相較108年於「醫療院所及社區藥局」執業的藥師人力共增加約1,663位，但受社區藥局之「健保給付及賦稅率」較基層診所藥師調劑優惠，以及社區藥局祭出高薪徵人策略之影響，因此儘管執業的藥師總人數幾年來有增加，但112年醫療院所藥師人數仍較108年減少20名，反觀社區藥局則大幅增加1683名，藥事人力明顯往社區藥局流動。更令人不解的是，今年藥師專技高考藥師的考照通過率竟然是碩士生僅12.5%，學士生只有18.2%，這也是為什麼醫療院所聘不到藥師導致民眾領藥發生困難原因之一。期許相關政府部門能協助解決問題。」

病人看診完，找不到藥局領藥·不便民·也損及就醫權益

林應然指出：「基層醫療協會近期針對1千多名診所醫師進行線上調查，有高達六成診所醫師表示，在釋出處方箋後，曾被社區藥局拒絕調劑。病人看診完，找不到藥局領藥，既不便民、也損及就醫權益。」他也有親身經歷，有一次診所藥師中午外出無法調劑，他為病人開立處方箋，請病患到鄰近藥局領藥，不料晚上病人又回診所，「問他怎麼沒去拿藥？他說跑了三家藥局都不調劑，只好再回來。」

釋出處方經常被拒絕調劑·問題相當嚴重

「藥局不接急性病及兒童處方是普遍性的事實，調查看看有幾家藥局有兒童藥物品項及分包磨粉設備便知。根據中華民國基層醫療協會發出電腦調查問卷針對約1000位醫師聘用藥師及釋出處方所遇問題統計顯示，約有85.2%醫師曾釋出處方給社區藥局，其中61.7%曾被拒絕調劑過，被拒絕調劑的藥品慢性病有32.5%，急性病有60.8%，兒童處方有67.2%，其中51.7%反映經常被拒絕調劑，48.3%偶爾被拒絕調劑，顯示問題相當嚴重。」歡迎藥師公會黃金舜理事長的強力說法：「會再跟社區藥局溝通，如果真的有藥師敢拒絕，藥師公會自然會處理、這是害群之馬。」但此種聲明之外，還要真正落實，才有助於院所處方安心釋出。

診所藥師調劑費提升反映的是診所藥師薪資的提升與通貨膨脹，藥師公會近來相當強悍對待醫界，動不動就要號召千人示威陳抗，此不利醫藥間之通力合作，若藥師公會的終極目標是要醫療院所強制釋出處方，應該說服政府當局及民眾去制定法律相關規定，並且要內部自我管控強化，備有各種藥物品項與設備，並且急慢性疾病及費工費時的兒童處方都要有能力有意願全面調劑，藥局調劑服務若能類比診所，相信許多聘不起藥師的診所非常有意願釋出處方，否則豈非只顧爭取自己權益，置民眾取藥治病之權益於不顧。

幫診所藥師加薪·藥界卻反彈

為了解決診所藥師出走、民眾在藥局領不到藥的困境，今年8月，健保署在醫師公會全聯會陳情下，初步決議調高診所的「藥事服務費」，將每日前30名病人，每劑處方健保給付從39點調到54點，拉高到與社區藥局相同，等於未來每間診所自行開藥，每天最高可多領450元，不無小補。

全聯會王宏育常務理事試算：「現行給付下，假設一間診所每月開出1千劑處方，每月調劑收入僅3萬9千元，無法反映藥師的實際薪資。若通過這波調升，可讓藥師有更好薪資條件，鼓勵更多人留在診所服務。」「至於經費來源，西醫基層健保總額當中，有一筆每年10億元的「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算，用於補貼部分健保給付過低的診療項目，但過去因不易分配，執行率極低，去年只用了3%。未來若調升診所藥事服務費，每年需支出約8.4億元，可用這筆預算支應，不會影響其他項目的健保點值。」然而，8月中消息一出，卻引來藥師公會全聯會強烈反彈，掀起醫藥大戰，藥師全聯會理事長黃金舜更揚言將在9月19日率千名藥師赴健保署陳情抗議。

不損醫院和藥局藥師權益·為診所藥師加薪·但藥師公會帶頭反對

反對的理由，主要是藥師全聯會認為調高診所藥事服務費，形同鼓勵診所自聘藥師，恐讓「醫藥分業」遙遙無期，違反藥師獨立調劑的精神。黃金舜認為，醫藥分業是為避免醫師左手幫病人診斷、開立處方，右手透過調劑賺取藥品利潤；但現行受制於僱傭關係，診所藥師難以獨立作業，無法真正監督醫師開立的處方。因此他主張診所不該聘雇藥師，除了住院病人用藥，其餘醫院、診所的處方箋，都應釋出到社區藥局，才能達到「單軌制」的醫藥分業。

基層醫療協會林應然理事長針對黃金舜表示：「醫生開的處方，藥師受制於醫生當老闆的情況下，處方有衝突或有顧慮時，會不敢跟老闆反應，最倒楣的就是民眾。」的說法，林理事長指出：「此種說法是一種汙衊，設若醫師說：「醫師釋出的處方，社區藥師有無照處方包藥或使用便宜不良的藥取代沒人知道，甚至磨粉分包後也看不出藥物品項劑量是否正確，反正是醫師負責，最倒楣的就是民眾。」藥師會覺得如何？診所所聘藥師本就可本於專業與醫師討論處方，沒有不敢跟老闆反應的問題，反而社區藥局不知病人疾病狀況，如何去評斷如何用藥。另言：「藥局藥師接到處方箋，認為藥物有交互作用或劑量過高，或是雲端藥歷查詢到其他藥品有影響，可以和醫師反應，是否重新考量處方變動。」此事診所電腦本就有雲端藥歷可查詢，不是只有社區藥局才有的專利。」「藥界的說法十分不合理，藥事調劑費調整並不影響醫藥分業，他們用與事實無關的事情混為一談，讓醫師感覺像被霸凌一樣。藥事調劑費提高應該是整個健保、基層醫療的事務。」

日本釋出處方有補貼·設專門保險藥局·不像台灣面臨拒絕調劑

藥師出身的民眾黨立委陳昭姿認為，過去政府允許診所聘藥師，是因為早期醫師、藥師默契不足，長遠來看，應該讓藥師到診所外獨立作業，發揮監督制衡作用。藥界也長期主張，醫藥分業單軌制是國際趨勢，包括美、德、日、韓醫療院所大多將處方釋出到社區藥局，幾乎不會在院所調劑。」

但全聯會王宏育常務理事強調：「許多國家能釋出處方到藥局，與國情、政策配套有關，不見得適合台灣。例如日本雖不像台灣在法律明文禁止醫師調劑，但醫師釋出處方，政府會額外補貼費用，因此醫師不傾向自行調劑；此外，日本設有專門開立處方的保險藥局，不會像台灣面臨藥局拒絕調劑的問題。」

日本單軌制·但面臨藥師不清楚民眾病症·未給予適切用藥指導

「另一方面，即使日本推行醫藥分業單軌制以來，成功釋出90%門診處方，但也面臨藥師不清楚民眾病症，未給予適切用藥指導的情況，或者民眾假日、晚上就診後找不到藥局的困境。儘管制度改革保障藥師獨立作業，卻不見得符合民眾利益。」「可見要達到藥師全聯會的「理想」，將診所處方箋全數釋出，牽涉到眾多複雜的配套，甚至攸關醫療制度改變，不僅現階段台灣沒有這些政策支持，國際上也還在摸索校正。而實務上，當診所藥師大量流失，直接衝擊的，就是民眾領藥的便利性和用藥權益。」

醫藥分業是指：醫師與藥師各司其職·獨立作業·美日多未明文禁止醫師調劑

其實，依衛福部《醫療管理常用名詞彙編》，醫藥分業是指醫師與藥師各司其職、獨立作業，醫師負責診斷、開立處方，藥師負責按處方調劑、指導民眾用藥。

全聯會周慶明理事長指出：「現行《藥事法》第一〇二條規範，除非在無藥事人員的偏遠地區或醫療急迫情形，否則醫師不能自行調劑。反觀日本、美國多數州均未法律明文禁止醫師調劑，與國際相比，台灣已經很保障藥師獨立性。現行醫院、診所的運作模式，同樣是由醫師診斷開立處方、藥師負責調劑用藥，雙方獨立作業，早

已實質醫藥分業。」「在基層診所，醫師和藥師並肩合作、交流專業，讓病人得到良好醫療處置的案例比比皆是。即使偶有負面案例，但藥師全聯會直接預設立場，認定藥師會因受制醫師雇主，無法監督制衡、違背醫藥分業，只怕有自我矮化之嫌。」

落實單軌制是否合理？在台灣推動可行嗎？

基層醫療協會林應然理事長直言：「診所也不是不願釋出處方箋，但現況是許多藥局經常拒絕調劑。」黃金舜則反駁，不是藥局不願開藥，問題在於缺藥，「台灣的藥品有一萬多種，藥局不可能全部準備。」黃金舜坦承，現在是醫藥分業單軌制轉型陣痛期，社區藥局有生意一定接，不會無故拒絕調劑，否則藥師公會將予以懲戒、要求改善。他呼籲診所應該跟附近的社區藥局溝通常用藥品：「醫師是投手，藥師是捕手，投球要有默契。每次都暴投，藥師哪有辦法接？」不過，黃金舜這番說法，正好凸顯單軌制落實的難度。全聯會周慶明理事長強調：「台灣長期有明確的專科制度，光是耳鼻喉科、兒科、腸胃科等單一科別，常見用藥就有上百種，除了醫師負責診斷，診所藥師調劑時，也能憑藉專業向民眾講解。」「但所有社區藥局都能備齊各專科的用藥嗎？每個藥局藥師都全能嗎？」這是不容忽視的問題。

藥師有義務調劑急性病及兒童處方，不能不想調劑就拒絕

林應然理事長：「如今藥師既然取得了醫療行為中的調劑權，就應相對的也要遵守一定的醫療義務，不能想調劑就調劑，不想調劑就拒絕，否將置病人權益於何地？」

「釋出處方單軌制是藥界一直以來的訴求，但單軌制須有前提，就是社區藥局要有使命感，必須儘量完成交付調劑行為，要有一定的藥物品項與設備，不能隨意拒絕處方調劑，否則不但醫師無法完成治療病人的醫療行為，更影響病人的治療權益。一旦醫師的處方被社區藥局拒絕調劑時，解決之道當然是回歸醫師方，否則豈不是置病患生死於不顧？」

「十幾年前曾倡議小兒科用藥應用液狀且要原瓶原包裝，請問現況有多少藥是液狀及原瓶原包裝的？難道沒有液狀及原瓶原包裝的兒童用藥時，藥師就有權拒絕調劑？權利與義務是相對的，不要有了調劑權力就不想盡義務，只選擇性的調劑輕鬆簡單、有差價、調劑費用高的慢性病處方，卻拒絕須分包磨粉的急性病及兒童處方調劑。」「看看社區藥局的廣告招牌？是否寫「接收各大醫院慢性病處方」，為何要獨獨廣告慢性病處方？不是應急慢都調劑嗎？藥局是拿不到藥無法調劑嗎？常常並不是如此，若真有短缺，也可請診所提供啊。」

民眾難以領藥時，應開放醫師得自行調劑

「醫師不是不懂藥，因為不懂藥如何能開出適當的藥方，沒藥師時，醫師是可以執行調劑的，這在偏鄉本就在執行，合法合理，沒護理人力時，醫師萬不得已當然也要親自執行護理工作。重點是，當醫師釋出的處方被社區藥局藥師以不能、不願、沒藥物、沒設備各種理由拒絕時，難道不應主張「醫師應有調劑權」？難道要讓病患自生自滅？」

先進國家絕對有小兒用藥是磨粉

「先進國家絕對有小兒用藥是磨粉的，因為只有少數小兒用藥有糖漿液態劑型，醫師不可能因為沒糖漿液態劑型就不開藥治療，這是一種以病人為中心的妥協之道。台灣不少醫學中心的小兒用藥也有幫病人磨粉的，在小兒用藥「液狀原瓶原包裝」缺乏下，建議家長應自備研鉢，因怕有交叉污染及過敏問題，這可以理解，但也很納悶，難道不能多準備一些研鉢，輪流清洗乾淨去磨粉嗎？坐擁調劑學問的專業藥師，將問題推給沒有專業知識的兒童家長，萬一家長調劑出現錯誤，誰來負責？」「期許相關單位應協助解決困境：（一）提升藥學科系教育品質，期使學生通過率提高，補足人力需求；（二）社區藥局應全面調劑，否則健保署應取消健保特約；（三）若民眾無法或難以領藥時，開放醫師得以自行調劑。」

以病人為中心，保障患者用藥權益，保障偏鄉醫療

王宏育感慨指出：「這次倡議調升診所藥事服務費，還有一項重要意義是保障偏鄉診所。診所藥師健保給付低、待遇差，願意進駐偏鄉的社區藥局也少，一旦老藥師退休辭職，診所難以經營，偏鄉醫療資源更稀缺，恐怕也非政府所樂見。」「不論醫藥如何分業，由診所自聘藥師或與社區藥局合作，政府都應確保每位病患能領得到藥、

治得了病。以病人為中心、保障患者用藥權益，也應該是醫界與藥界提出倡議、政府推動改革時，最該優先考量的原則。」

大法官認定藥事法施行細則與行政函釋，違憲，即失效力

2019年6月14日，司法院大法官作成釋字第778號「醫藥分業下之醫師藥品調劑權案」，針對藥事法第102條第2項、藥事法施行細則第50條及行政院衛生署食品藥物管理局FDA藥字第1000017608號函做出解釋。

台北市某診所毛醫師為一名病患診療時，判斷其有醫療急迫情形，在病患簽屬緊急調劑請求書後，親自為病患調劑藥劑，經台北市衛生局抽查病歷後，認為毛醫師不具備藥師資格，診所也不是在無藥事人員執業的偏遠地區，也不符合藥事法施行細則第50條及行政院衛生署食品藥物管理局FDA藥字第1000017608號函所指的醫療急迫的情形。違反藥事法第37條第2項，依同法92條第1項，處3萬元罰鍰。毛醫師不服，提起訴願與行政訴訟，經終局判決確定，依法向大法官提出釋憲聲請。

爭點一：醫師只能在「偏遠無藥師的地區」及「醫療急迫」情形下才能開藥？

大法官在過去許多的解釋中，皆有提及憲法第15條人民之工作權應予保障，人民有從事工作及選擇職業之自由。但職業自由的限制，因其內容差異，在憲法上有寬嚴不同之容許標準。本案大法官認為，「調劑藥品」屬於醫師執行職業的「方法」與「內容」，在上述三階審查理論中，對於「執行職業自由」的限制。雖然藥事法第102條第2項，限制醫師僅能「偏遠無藥師的地區」及「醫療急迫」情形下，才能自行調劑藥品，但大法官認為此規定合憲。

爭點二：什麼情況下屬於「醫療急迫情形」？

雖然醫藥分業，大法官認為並未侵害醫師的工作權。但台北市衛生局依據藥事法施行細則及行政院函釋認定該病患不符合醫療急迫情形，合憲嗎？大法官認為這個行政機關所訂的施行細則與行政函釋違憲，自本解釋公布之日起失其效力，系爭函應自本解釋公布之日起不再援用。

大法官「放寬」醫療「急迫」情形認定，維護病人醫療權益

從大法官解釋中，我們可以看到大法官其實是有意「放寬」醫療「急迫」情形認定。大法官強調，醫藥分業政策是立法選擇，釋憲機關原則上應予尊重，但有關機關應儘速貫徹社區藥局之可近性與方便性，以保障民眾得及時取得藥師調劑藥品服務之權益。在制度未完備前，在斟酌醫師例外可以用藥的情形時，應考量病人醫療權益維護的最高利益！

謝碧珠教授：「就實務運作而言，現行醫藥分業立法政策之法源依據即為藥事法第102條第二項規定（系爭規定一），其中，醫師的醫療急迫調劑權被操作成必須「立即」使用藥品，即須「當場施與針劑或口服藥劑」，正誠如羅昌發大法官於釋字778號協同意見書內所謂「將醫師本來就有的部分工作權（調劑權）予以限制或剝奪」！

過度限縮醫師的醫療急迫調劑權，違憲

「本號解釋宣告藥事法施行細則第50條（系爭規定二）及食品藥物管理局FDA藥字第1000017608號函，違憲理由（第12段），主要是參照衛生福利部108年2月12日衛授食字第1079039725號復中華民國醫師公會全國聯合會函，認為主管機關亦自認：「病人有醫療急迫情形時，除須『立即』、『當場』使用藥品外，如於其可取得藥師調劑藥品服務前，仍須接續服用藥品始能避免危害其生命身體健康者，醫師得另外給予備用藥品」，進而其理由書演繹推論：「系爭規定二及系爭函，一律將醫療急迫情形限於醫師為急迫醫療處置，須立即使用藥品、當場施與針劑或口服藥劑之情況，過度限縮系爭規定一所稱『醫療急迫情形』之意義，均為增加法律所無之限制，抵觸母法為因應緊急醫療需要及保障病人整體權益之意旨，逾越母法之規定，與憲法第23條法律保留原則之意旨不符。」

須保障民眾及時取得調劑藥品權益

「然而，系爭規定一所稱「醫療急迫情形」如何被解讀為「因應緊急醫療需要及保障病人整體權益」？誠如該理由書第14段所指明：「系爭規定一旨在實施醫藥分業政策。……在未變更此項政策之前，有關機關應本於

系爭規定一之立法意旨，儘速貫徹社區藥局之可近性與方便性，以保障民眾得及時取得藥師調劑藥品服務之權益。」從系爭規定一實施以來（民國 86 年 3 月 1 日起），二十多年來，有關機關究竟施行哪些措施，藉以貫徹社區藥局之可近性與方便性，以保障民眾及時取得藥師調劑藥品服務之權益？像在藥局一般營業時間外，病患如何及時獲得調劑服務？

大法官釋字第 778 號：以病人自主權為核心的醫藥分業省思

又例如行動不便的病患呢？現行醫藥分業政策下，民眾的醫藥服務是否確實符合可近性與方便性，主導此政策執行的衛福部食藥署應當修法，以保障民眾的醫藥服務相關權益。釋字第 778 號解釋引導出以病人自主權為核心的醫藥分業政策省思，誠如羅昌發大法官於協同意見書所指出「在確保醫療品質之前提下，應使病患具有相當程度自主權」，而醫藥分業調劑權的分配是否應如此向藥師傾斜，抑或應適度的擴大醫師的調劑權，使醫師在藥局一般營業時間外而無法使病患及時由藥局獲得調劑服務，以及病患基於方便性而主動要求由醫師為其調劑之情形下，亦得以行使調劑權，值得深思。」

備戰超高齡社會·長照基金成長近 20 倍·明年達 879 億元

我國將於明年邁向超高齡社會，每 5 人就有 1 人為長者。長照 2.0 上路後，政府投入長照資源大幅增加，衛福部長照基金編列從 2016 年的 45 億元，明年上看 879 億元，成長近 20 倍。衛福部長照司副司長吳希文表示，長照服務給付、住宿式機構及日照中心佈建、住宿機構住民補助等為預算項目大宗。依照用途預算主要分三大類，「完善長照服務輸送體系」包含長照服務給付及支付、住宿式機構發展；「緩和失能照顧」有預防及延緩失能照顧整合服務、延緩弱勢族群口腔衰弱計畫等，以及「機構及社區預防性照顧服務量能提升」。希望提升服務涵蓋率，增加資源，醫療、社福及長照資源可以更順暢銜接。

失智中重度且失能中重度·不再補助失智據點·改往日照中心

另外，明年起失智等級中重度以上且失能等級中重度者者，政府將不再補助失智據點，希望讓該族群民眾改往日照中心接受服務。主要是考量失智個案的嚴重程度且失能等級中重度者及失能狀況不同，為期待精準照顧，較嚴重個案，特別是有合併情緒行為者，在日照中心照顧較合適。今年預算已編列啟動，鼓勵日照中心收案，收托天數每月達 12 日者，每月補助 5000 元，未滿則補助 2500 元。

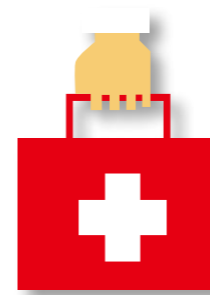
長照 3.0 邁向未來·2024 臺中長照論壇展願景

9/25 市政府舉辦「2024 臺中長照論壇」。邀請衛福部長照司副司長吳希文分享「長期照顧政策及展望」，衛生局曾梓展局長則以總統賴清德 112 年提出之政見「長照 3.0 與長照 2.0 的四個不一樣」做為出發點，探究臺中邁向長照 3.0 的課題與挑戰。曾局長指出：「超高齡時代，長照需求人數逐年增加，建立完善的長照體制已成為重要政策目標。未來臺中市將持續積極盤點公有土地，透過公私協力合作，持續增加住宿式機構量能，並透過共融式服務，擴大效益，有效支持家庭照顧者，打造多元友善的照顧環境。為實現在地老化，讓民眾能在熟悉環境，就近得到完善的照顧服務，將持續布建資源，擴充量能，結合跨局處資源完善長照服務網絡，讓照顧深入社區每個角落。將強化在地安養，補充機構安養的不足，結合區域的差異性，發展新型態、多元的在地安養系統，並建立以長照社區整體照顧體系為基礎的共生社區，落實居家醫療與長照接軌，打造高齡者全人一體式服務為執行目標。」現場展出 AI 智能機器人及智慧照護應用，呈現未來發展趨勢。引入創新科技，提高效率和質量，讓更多長照需求的市民能在熟悉的家中和社區安度晚年，逐步實現「富市台中·新好長照」的願景。

關於醫藥分業實施之後的紛擾，現實中，不但增添了醫師執行醫療業務的困擾，也常常影響了病患的便利性和醫療權益，諸多問題都需要大家合作協力來努力，以維護病患自主權和醫療權益為核心，才是良善的醫藥分業。

敬祝大家：秋月春風、富麗安康、享受生活的美好！

魏重耀



醫事新訊 Medical Information

1【臺中市政府】為降低登革熱流行風險，請各醫療院所依登革熱防治工作指引持續落實防治措施

該指引於衛生福利部疾病管制署全球資訊網 (<https://www.cdc.gov.tw>) 傳染病與防疫專題 / 傳染病 介紹 / 第二類法定傳染病 / 登革熱及屈公病之重要指引及教材項下，請逕行下載運用。

2【衛生局】衛生福利部修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，並自中華民國 114 年 1 月 1 日生效

一、旨揭修正規定及修正對照表請至衛生福利部國民健康署網站（網址：<https://reurl.cc/Dja7D5>）下載參閱。

二、本次修正重點如下：

- (一) 因應口腔黏膜篩檢業務移撥衛生福利部口腔健康司，刪除口腔篩檢相關規定並注意事項編號及附表編號遞移。(修正規定第三點第六款、第四點、附表六之一至六之六)
- (二) 參照相關癌症篩檢名稱，將肺癌篩檢名稱之文字修正為「胸部低劑量電腦斷層檢查」。(修正規定第三點第八款、第十點及第十二點第三款)
- (三) 刪除各項癌症篩檢經查核服務對象領有該項癌症之重大傷病證明之申報限制。(修正規定第七點)
- (四) 修正婦女子宮頸抹片檢查服務、婦女乳房 X 光攝影檢查服務之工作量規定。(修正規定第十二點)
- (五) 因應業務實際需要，修正附表一之一至一之五、附表一之七、附表一之九至一之十二、附表二之一至二之六、附表二之八、附表二之十、附表二之十二至二之十四、附表二之十六、附表二之十八至二之二十二、附表三之一至附表三之五、附

表四之一至四之五、附表四之七、附表四之八、附表五之一至五之三、附表六之一至六之六及附件。

3【衛生局】公共電視兒少平台「小公視」相關資訊

一、「小公視」平台將於 113 年 8 月 20 日正式上線，歡迎各單位用於教育、公益等相關活動，得無償使用「公視兒少資源網」影音資源；如需使用公視兒少平台「小公視」影音資源，仍請先洽詢公視取得相關授權。

二、相關平台資訊如下，供參。

- (一) 「公視兒少資源網」-<https://www.ptskids.tw/>。
- (二) 「小公視」平台 FB-<https://www.facebook.com/PTSKIDS/>。
- (三) 「公視+」串流平台-<https://www.ptplus.tv/zh>。

4【衛生局】轉知衛生福利部業於 113 年 7 月 30 日以衛部醫字第 1131663282 號令修正發布「醫療法施行細則」第十一條、第六十四條之一

衛生福利部為完備直轄市、縣（市）主管機關查獲醫療機構超收費用時得令限期退還之規定，與維護醫事鑑定之客觀性及公正性，避免影響未來醫事鑑定運作，爰修正「醫療法施行細則」第十一條、第六十四條之一，其修正要點如下：

- (一) 直轄市、縣（市）主管機關查獲醫療機構超收費用或擅自收費項目通知限期退還之規定。(修正條文第十一條)
- (二) 為維持長期以來醫事鑑定之客觀性及公正性，避免影響未來機關鑑定之運作，並保護個人隱私權益，依本法第九十八條第一項第四款所為之鑑定，其相關資料應限制公開或不予提供。(修正條文第六十四條之一)

5【衛生局】有關召開「醫療機構低碳認證辦法專家指導暨討論會議」會議紀錄

旨揭會議紀錄惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-08-27) 項下下載。

6【衛生局】衛生福利部修正「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑委員遴聘要點」部分規定，並自 113 年 7 月 29 日生效

檢附旨揭要點部分規定及全文各 1 份，請至衛生福利部網站 (<http://www.mohw.gov.tw/>) / 最新消息 / 公告訊息項下下載。

7【衛生局】衛生福利部疾病管制署修訂「嚴重特殊傳染性肺炎」名稱為「新冠併發重症」，併調整通報時效及病例定義，自本(113)年 9 月 1 日起適用

考量現行多元監測方式已能掌握 COVID-19 輕重症趨勢及疾病負擔，調整通報條件可降低醫療端通報負荷，經諮詢專家後，修訂「嚴重特殊傳染性肺炎」病例定義，同時修訂名稱為「新冠併發重症」、通報時效為「1 週內」，自本年 9 月 1 日生效。

8【衛生局】為提升本市學生視力及口腔複檢率

- 為提升複檢可及性，健保署業請各分區業務組轄內辦理屬全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS 計畫) 及西醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案之特約醫事機構，配合學校健康檢查期程。
- 針對非屬前揭計畫執行地區，請當地醫療機構加強提供相關醫療服務，以維護本市學生健康及福祉。
- 本市非屬前揭計畫或方案執行區域，且複檢率低者如下：
 - 視力複檢率低：東勢區、大甲區、清水區、烏日區及大肚區。
 - 口腔複檢率低：東勢區、大甲區、清水區、梧棲區、外埔區、烏日區、大肚區、霧峰區及太平區。

9【衛生局】轉知國健署於 113 年 9 月起，將每月取消成人預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢登記系統中，逾一年無申報資料之民眾登記與就醫紀錄一事

國健署目前採每年固定時間取消單一入口網及 API 系統上無申報資料之民眾登記與就醫紀錄；為確保民眾篩檢權益，又考量各院所開立抽血單效期無法統一，於 113 年 9 月起將優化採每月取消逾一年無申報之民眾登記與就醫紀錄資料 (如 113 年 9 月取消 112 年 8 月以前無申報之民眾登記與就醫紀錄)。

10【衛生局】為預防兒童受虐情事

請會員於施行兒童預防保健、疾病看診、預防接種等，於執行兒童身體檢查評估時，若發現兒童疑似遭受不當對待，如：身體出現異常傷痕和兒虐跡象，請依規至衛生福利部保護服務司「關懷 e 起來 (<https://ecare.mohw.gov.tw/>)」線上通報。倘有通報問題，可洽臺中市家庭暴力及性侵害防治中心，電話：04-22289111 分機 38750。

11【衛生局】行政院於 113 年 8 月 2 日公告修正「管制藥品分級及品項」部分分級及品項，並自 113 年 8 月 2 日生效

- 本次公告修正管制藥品分級及品項共計 5 項，說明如下：
 - 第二級管制藥品第 125 項「六氫大麻酚」中文名稱修正為「四氫大麻己酚」。
 - 增列六氫大麻己酚 (Hexahydrocannabinol、HHCH) 為第二級管制藥品。
 - 增列六氫大麻酚 (Hexahydrocannabinol、HHC) 為第二級管制藥品。
 - 增列依托咪酯 (Etomidate) 為第四級管制藥品。
 - 增列 3,4-亞甲基雙氧苯基-2-丙酮 (3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanone、MDP2P) 為第四級管制藥品原料藥。
- 持有含 Etomidate 成分製劑之藥品許可證者需申辦藥品許可證加註第四級管制藥品及標籤 (外盒) 變更，並於核准變更之日起 6 個月內回收市售品 (回收對象為藥局及藥商)，連同庫存品送經直轄市或縣 (市) 衛生主管機關驗章後，始得販賣。

12【衛生局】為提升 M 痘疫苗接種涵蓋率，請會員及各醫療院所積極加入公費 M 痘疫苗合約，有意願者可洽轄區衛生所

「M 痘防治工作手冊」及「M 痘疫苗 JYNNEOS® 使用及管理方案」已公布於疾病管制署全球資訊網 (<https://www.cdc.gov.tw/>) / M 痘 (Mpox) 專區 / 重要指引與教材項下，歡迎下載運用。

13【衛生局】全民健保給付之特殊材料醫療器材許可證有效期限於 113 年 6 月 30 日前屆滿，且經廠商回復不展延許可證者，衛生福利部中央健康保險署將自 113 年 10 月 1 日起取消給付 (共計 39 項) 案

相關資料可於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網下載擷取 (網址：<http://www.nhi.gov.tw/> / 健保藥品與特材 / 健保特殊材料 / 特材相關法規與規範 / 許可證效期處理 / 醫療器材許可證逾期取消健保給付相關函文及品項 / 113 / 醫療器材許可證逾期將於 113 年 10 月 1 日取消健保給付特材品項表)。

14【衛生局】衛生福利部 113 年 8 月 22 日公告修正「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」，並自中華民國一百十三年九月一日生效

- 公告事項：
- 本次修正第四類法定傳染病「嚴重特殊傳染性肺炎」名稱為「新冠併發重症」，並調整通報時效為 1 週內。
 - 各類傳染病之通報定義及相關防治措施，請參考「傳染病防治工作手冊」或至疾管署網站查詢。

15【衛生局】有關開立死亡證明書及相驗流程相關程序

- 關於醫療機構及醫師對於診治病人死亡、開給死亡證明書及應轉檢察機關相驗之法定相關責任及義務如下：
 - 醫師應親自檢驗屍體：醫師法第 11 條之 1 規定，醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。違者，依同法第 29 條規定，處 2 至 10 萬元罰鍰。
 - 對其診治之病人因病死亡，無法令規定之理由，應慎重且不得拒絕開給死亡或死產證明書：醫療法第 76 條第 1、2 項規定，醫院、診所如無法令規定之理由，對其診

治之病人，不得拒絕開給出生證明書、診斷書、死亡證明書或死產證明書。開給各項診斷書時，應力求慎重，尤其是有關死亡之原因。前項診斷書如係病人為申請保險理賠之用者，應以中文記載，所記病名如與保險契約病名不一致，另以加註方式為之。違者，依同法第 102 條規定，處 1 至 5 萬元罰鍰，並限期改善，屆期未改善者，按次連續處罰。

(三) 對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗：

- 醫療法第 76 條第 3 項規定，醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。違者，依同法第 102 條規定，處醫療機構 1 至 5 萬元罰鍰，並限期改善，屆期未改善者，按次連續處罰。
- 醫師法第 16 條規定，醫師檢驗屍體或死產兒，如為非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。違者，依同法第 29 條規定，處醫師本人 2 至 10 萬元罰鍰。

二、提供衛生福利部製作之「由死因統計應用範例說明 - 醫師填寫死因診斷注意事項」線上課程 (請逕至 e 等公務員 + 學習平臺，網址：<https://elearn.hrd.gov.tw/info/10035230>) 供參使用。

16【衛生局】衛生福利部疾病管制署傳染病通報系統 (下稱 NIDRS)，已完成新型 A 型流感通報定義修訂之相關功能調整，請配合辦理

旨揭系統之通報單，疾管署業於本年 6 月 27 日完成調整，請依通報個案之臨床症狀、流行病學條件及疫調資料，勾選 / 填寫旨揭系統之通報單。

17【衛生局】轉知衛生福利部中央健康保險署公告修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」

旨揭方案內容請逕至該署全球資訊網站公告欄 (網址：<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/>) 網頁下載參閱。

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

本次修訂內容之重點摘述如下：

- (一) 增修「白喉」採檢項目。
- (二) 增修「流行性腦脊髓膜炎」採檢項目、採檢時間及送驗方式。

19【全聯會】衛生福利部預告修正「管制藥品分級及品項」草案公告事項更正對照表

旨揭預告修正重點摘述如下：

公告事項：

- (一) 五、本案為配合政府政策，基於事實，本公告周知期間為 54 日，對於公告內容有任何意見或修正建議者，可於本公告刊登公報之次日起 54 日內，至前揭「衛生福利法規檢索系統」或「公共政策網路參與平臺—眾開講」網頁陳述意見或洽詢。
- (二) 電子信箱：PengYH@fda.gov.tw

20【全聯會】衛生福利部疾病管制署修訂「孕婦全面篩檢愛滋病毒計畫」支付作業規範(如附件)，新增人工流產者亦可提供愛滋篩檢服務，並自 113 年 10 月 1 日起實施

旨揭附件惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 /2024-08-26) 項下下載。

21【全聯會】「公告 BCG 疫苗之風險再評估結果相關事宜」業經衛生福利部於 113 年 8 月 5 日衛授食字第 1131407827 號公告發布

旨揭公右惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 /2024-08-29) 項下下載。

22【全聯會】衛生福利部疾病管制署函知為加強類鼻疽防治，請提高通報警覺，遇有疑似個案請儘速通報並採檢送驗

有關類鼻疽相關資訊，請至疾管署全球資訊網 (<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 > 類鼻疽項下查閱。

23【全聯會】衛生福利部修正「罕見疾病醫療照護費用補助辦法」第 3 條第 1 項第 6 款所稱「具一定效益與安全性之支持性及緩和性之照護費用」

- 一、本次修正係新增 2 項公告罕見疾病為旨揭照護費用補助對象：
 - (一) 血糖試紙 / 採血針新增「MELAS 症候群」(MELAS)，補助對象由原 9 項罕見疾病增加為 10 項。
 - (二) 裝置假牙新增「低磷酸酯酶症」(Hypophosphatasia)，補助對象由原 2 項罕見疾病增加為 3 項。
- 二、相關補助作業說明放置本部國民健康署網站 (網址：<https://gov.tw/Vgw>)，補助申請問題可洽 罕見疾病專案辦公室 (專線電話：02-2545-9066)。

24【全聯會】「公告含 azathioprine、mercaptopurine 與 febuxostat 成分藥品之臨床效益及風險再評估結果相關事宜」業經衛生福利部於 113 年 8 月 19 日衛授食字第 1131407140 號公告發布

旨揭公告請至食品藥物管理署網站 (網址：<http://www.fda.gov.tw/>)「公告資訊」下「本署公告」網頁自行下載。

25【全聯會】轉知衛生福利部食品藥物管理署函知「GLP-1 受體促效劑類藥品安全資訊風險溝通表」

有關「藥品安全資訊風險溝通表」可至食藥署網站 (<http://www.fda.gov.tw/>)「首頁」>「業務專區」>「藥品」>「藥品上市後監控 / 藥害救濟」>「藥品安全資訊」下載。

26【全聯會】轉知衛生福利部函知「含 azathioprine、mercaptopurine 與 febuxostat 成分藥品安全資訊風險溝通表」，業已發布於食品藥物管理署網站

有關「藥品安全資訊風險溝通表」可至食品藥物管理署網站 (<http://www.fda.gov.tw/>)「首頁」>「業務專區」>「藥品」>「藥品上市後監控 / 藥害救濟」>「藥品安全資訊」下載。

27【全聯會】轉知衛生福利部中央健康保險署公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」(原「全民健康保險山地離島地區醫療給付改善方案提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案徵求書」)

旨揭內容業於刊登本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 /2024-09-11) 項下下載。

28【全聯會】轉知衛生福利部中央健康保險署公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，自公告日起實施

公告事項：

符合申請資格之本保險特約地區醫院，於本計畫公告 1 個月內，向中區業務組提出參與計畫申請書，並將收案會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統。

29【全聯會】疾管署因應 WHO 宣布 M 痘疫情構成「國際關注公共衛生緊急事件 (PHEIC)」，調整照護疑似或確診 M 痘病人之醫療照護工作人員個人防護裝備建議，並修訂「醫療機構因應 M 痘感染管制措施指引」

旨揭修訂指引及「醫療機構因應 M 痘感染管制措施教育訓練簡報」，公布於本署全球資訊網 / 傳染病與防疫專題 / 傳染病介紹 / 第二類法定傳染病 / M 痘 / 重要指引及教材項下。

30【全聯會】為保障醫師權益並維護執業環境，台灣醫界雜誌刊載「受聘為負責醫師之法律風險分析及應注意事項」乙文，俾供醫師會員參考使用

有鑑受聘擔任負責醫師的法律風險極高，事前預防發生糾紛的重要性遠大於事後求償，為加強醫師會員對於負責醫師所負責任之重視與認知，全聯會爰延請黃品欽律師及周賢章理事撰寫「受聘為負責醫師之法律風險分析及應注意事項」乙文 (書面刊於台灣醫界 113 年 9 月份第 67 卷第 9 期第 33 頁以降，電子版請參全聯會網站 <https://www.tma.tw/magazine/index.asp>)。

31【全聯會】轉知疾管署函知 113 年公費流感疫苗將於本 (113) 年 10 月 1 日起開打，請協助向民眾傳遞正確訊息

依據世界衛生組織 (WHO) 建議，接種流感疫苗是預防流感最有效的方法，另為避免醫護相關照護人員於照護過程中，因暴露傳染病原而遭受感染風險，鼓勵會員踴躍接種流感疫苗。另許多研究顯示，醫護人員是民眾最信賴的健康知識來源，醫護人員對疫苗的態度，在民眾決定是否接種疫苗時，扮演關鍵性的角色。爰此，亦請會員協助向民眾傳達正確訊息，建議民眾應儘早接種任一符合仿單適用年齡之流感疫苗，且若有疫苗相關疑問，應洽詢專業醫師。

32【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)

33【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。

34 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>)。

◎ 文／管灶祥 理事

中區縣市醫師公會 113年度第1次幹部研討會



◀ 管灶祥 醫師

113年8月4日由大臺中醫師公會主辦113年度第1次中區縣市醫師公會幹部研討會，本次幹部研討會感謝仁愛長庚合作聯盟醫院協辦。由院長龔嘉德與副院長黃挺碩向各公會幹部介紹仁愛長庚合作聯盟醫院最新的狀況包括剛設立的達文西手術中心，並安排參訪醫院的正子中心（黃玉兒主任）、美容醫學中心（黃昭瑜主任）、高壓氧中心（李祥安主任）、健康管理中心（莊伯恒主任）。

參訪結束後於10樓泉生大講堂召開幹部研討會，由大臺中醫師公會魏重耀理事長主持，醫師公會全聯會周慶明理事長帶領陳相國副理事長、黃啟嘉常務理事、顏鴻順常務理事、吳欣席召委蒞臨指導。感謝台中市政府衛生局曾梓展局長帶領吳科長、邱股長蒞臨指導。感謝衛生福利部中央健康保險署丁增輝組長帶領賴大年專委、陳雪姝科長、蔡瓊玉科長蒞臨指導。

▶ 研討會



◀ 中華民國醫師公會全國聯合會 周慶明理事長



◀ 仁愛長庚合作聯盟醫院 龔嘉德院長



◀ 臺中市政府衛生局 曾梓展局長



◀ 魏重耀 理事長

台中市醫師公會由理事長王博正帶領，榮譽理事長陳文侯，副理事長林恒立，常務理事李茂盛、周思源、呂克桓、林義龍，常務監事劉茂彬，理事黃建仁，監事召集人葉元宏，秘書長林軼群，總幹事李妍禧等人與會。

彰化縣醫師公會由理事長蔡梓鑫帶領，常務理事林育慶、曾孔彥，常務監事廖年增，理事黃啟民、監事洪焜湖、全聯會理事連哲震、總幹事張靜文等人與會。

南投縣由理事長陳宏麟帶領，榮譽理事長汪清、洪一敬，常務理事莊宗芳、莊碧焜、謝佳芸、徐慰茲，常務監事周亞中，全聯會理事洪弘昌、診協理事蕭志界，總幹事劉碧優等人與會。

苗栗縣醫師公會由理事長陳晟康帶領，常務理事吳順國、邱啟恭，常務監事李順安，總幹事侯淑萍等人與會。

雲林縣醫師公會由理事長丁榮哲帶領，常務理事塗勝雄，常務監事葉雲宇，總幹事劉月如等人與會。

大臺中醫師公會由理事長魏重耀帶領，榮譽理事長

蔡其洪、藍毅生，副理事長林鈞尚，常務理事邱國樑、陳俊宏、王榮輝、林宜民，理事顏炳煌、黃致仰、彭業聰、呂維國、林啟忠、陸盛力、蔡振生、管灶祥、陳惠玲、韓桂暘、劉兆平，監事李永福、陳儀崇、黃崇濱、陳振昆、蔡牧樵，副秘書長王維弘、詹益旺、陳彥鈞、徐正吉、卓裕森、蔡孟軒、總幹事傅姿溶，會務楊珮君、詹舒涵、呂孟潔等人與會。

研討會在主席的主持下，周理事長、曾局長、丁組長詳細說明目前醫界、衛生局及健保署的現況，各公會理事長們也各自發表談話，讓大家了解各縣市公會最新的狀況，以利大家形成共識，並相互合作，一起團結努力共創更好的未來。幹部研討會結束後，安排於菊園婚宴會館舉行晚宴，由大臺中流行爵士樂團演出，曲目包括拜訪春天、讓我們看雲去、老鷹之歌，表演者有 Soprano: 陳振昆、施建成；Alto1: 陸盛力、何瑞斌、黃秀芳；Alto2: 劉光世、黃文琴，Tenor: 林鈞尚、王德欽，Baritone: 王榮輝。本次研討會在縣市公會幹部的大合唱中順利結束。



◀ 研討會 (1)



◀ 研討會 (2)



◀ 研討會 (3)

▶ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院中心



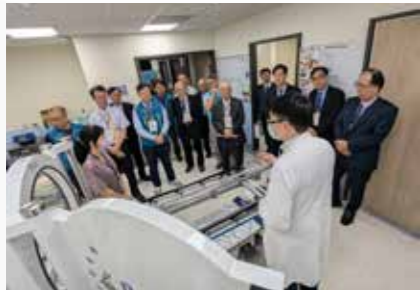
◀ 健康講座 (1)



◀ 健康講座 (2)



◀ 健康講座 (3)



◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (1)



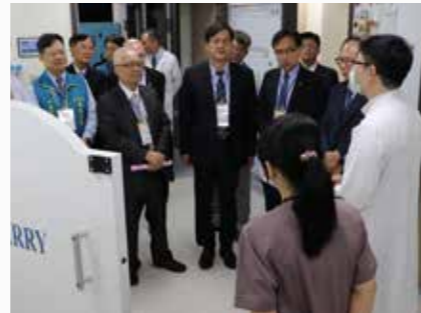
◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (2)



◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (3)



◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (4)



◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (5)



◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (6)



◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (7)



◀ 參訪仁愛長庚合作聯盟醫院各中心 (8)



◀ 聯誼活動 (1)



◀ 聯誼活動 (2)

▶ 晚宴



◀ 大臺中流行爵士樂團



◀ 晚宴活動 (1)



◀ 晚宴活動 (2)



◀ 晚宴活動 (3)



◀ 晚宴活動 (4)



◀ 晚宴活動 (5)



◀ 晚宴活動 (6)



◀ 晚宴活動 (7)



◀ 晚宴活動 (8)



◀ 晚宴活動 (9)



◀ 晚宴活動 (10)



◀ 晚宴活動 (11)

公會活動花絮

1 113年06月02日舉辦6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：光田醫療社團法人光田綜合醫院

主持人：張家築 常務理事、陳振昆 監事

第一堂

題目：六分鐘行走肺功能與肺部復健

講師：光田醫療社團法人光田綜合醫院 簡格凌 醫師

課程結論

如何評估慢性肺病的病患日常生活的受限程度以及如何改善運動耐受性，一直都是臨床醫療上耗盡心力的事情。六分鐘步行測驗給予我們一個較為接近病人日常生活型態的評估方式，能藉由測驗中行走的距離以及血氧監測的狀況，更能反應出病人在日常活動的侷限性，在運動前以及運動後都會進行肺功能檢測，藉由 tidal loop 移動以及增減、有無 encroaching 以及 delta IC 的增減，能更為直接地知道病人肺功能的動態變化。六分鐘步行測驗是個相對經濟型的檢查，在具有肺功能檢驗的院所中不須額外的設備成本；而對病人端而言，做這個檢查不需學會特殊的檢查技巧，僅須在六分鐘內以最快的步行速度於規定的範圍內來回走動，步行期間假設覺得喘或是不舒服即可停下歇息，等到症狀緩解後再繼續行走，藉由六分鐘內的行走距離我們除了可以推估出日常活動能力之外更能比較前後藥物或是復健治療的成效。

肺部復健是我們長期忽略的一項非藥物治療，對於慢性肺阻塞性肺病的病人更是非常重要，藉由復健團隊的分工合作訂定符合病人現況的個人化醫療建議，以期望改善病人的症狀。肺部復健不僅僅是包含運動骨骼肌及呼吸肌耐力的訓練更包含了營養評估、衛教、行為改變以及復原計畫訂定。給予病人除了藥物之外的助力，以期待病人病情能趨於穩定減少急性發作以及住院的次數，慎選病人使用費復原器材如 Negative Pressure Ventilation 或是 Intermittent Positive Pressure Ventilation 是肺復原事半功倍。

第二堂

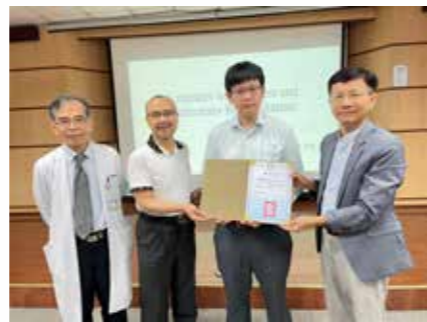
題目：乳癌治療史

講師：光田醫療社團法人光田綜合醫院 廖志斌 醫師

課程結論

一、前言

希望能循著乳癌治療的歷史脈絡軌跡來談談如何治療乳癌，讓患者更能瞭解乳癌，更有信心接受治療，克服心理恐懼。根據國健署近年來統計，乳癌蟬連台灣女性癌症好發第一名，佔女性癌症死亡率第三名。東亞女性乳癌逐步年輕化，台灣乳癌年齡從 40 歲開始上升，到 45 歲達到高峰，從近期研究發現，根本原因在於體脂肪增加及環境荷爾蒙的曝露。如何教導乳癌病友成了當務之急，因若早期發



簡格凌 醫師



廖志斌 醫師

現和治療，早期乳癌治癒率高達 6-9 成，經治療後，乳癌平均 5 年存活率高達 8 成，若是零期和第一期患者，存活率更可高達 9 成以上。

二、乳癌分型

乳癌可概分為管腔 A 型、管腔 B 型、Her-2 過度表現型和三陰型。在台灣，管腔 A 型及管腔 B 型最多，約佔所有乳癌的 60%，Her-2 過度表現型約佔 25%，三陰性約 15%，三陰性比例雖最少、但惡性度最高，所以三陰性乳癌最為棘手，僅對化學治療有效，也是目前被研究最多的型別；但近年來，我們看到了三種新批准的三陰性乳癌靶向療法，包括 PARP 的抑制劑，Trop-2 抗體 - 藥物複合物以及免疫抑制劑。

三、乳癌治療

(一)、手術治療

2002 年美國知名期刊 (NEJM) 研究發現如果乳癌只做乳房部分切除，局部復發率約為 3 成，但如果術後追加放射治療，局部復發率可降至 1 成，相當於乳房全切除的局部復發率，因此乳房保留手術，雖然有其限制性，卻成了之後乳癌的標準手術，也兼顧了胸部美觀。而患側上肢淋巴水腫的問題，於 1991 年 Giuliano 等醫生率先提出哨兵淋巴結的概念，大大改善了患側上肢淋巴水腫的問題，當時是用甲基藍 (blue dye) 來偵測，目前也可利用放射性同位素銻製劑 (Tc-99m phytate) 及碘氫綠 (ICG) 來偵測前哨淋巴結。

(二)、化學治療

乳癌治療真正的轉捩點應屬 1946 年的化學治療；直到 1980 年到 1990 年代才進入了小紅莓及紫杉醇的時代，紫杉醇效果優於小紅莓，目前多以紫杉醇及小紅莓合併於使用乳癌患者。

《先化療再手術，先手術再化療》這個先後問題經常困擾著患者；先化療再手術適合於腋下淋巴已轉移或腫瘤較大的病人，可事先知道化療藥物的效果，另一方面使腫瘤變小，讓乳房保留手術成為可能，根據目前文獻，Her-2 基因陽性大於 2 公分及三陰性乳癌大於 1 公分，是非常適合先化療的一群病人。

(三)、標靶藥物

標靶治療主要是針對有 Her2/neu 基因的乳癌細胞的單株抗體藥物，第一個標靶藥物賀癌平 (Herceptin) 的研發過程甚至被翻拍成電影 --《擁愛奇蹟》，講述美國著名醫生丹尼斯史萊門 (Dr. Dennis Slamon) 自 1988-1996 年研發乳癌新藥賀癌平長達 8 年到通過 FDA 到上市的艱辛過程；2005 年美國食品藥品管理局 (FDA) 甚至逼藥廠提早公布賀癌平 (Herceptin) 使用後的結果，可見這藥物對於往後乳癌影響之鉅，目前已有 8 種標靶藥物被美國食品藥品管理局 (FDA) 證實有效；以過往的治療經驗，Her-2 陽性型的乳癌預後較差，有了這些藥物後，已經變成預後最好的一群。另一個標靶藥物癌思停 (Avastin)，主要是對抗癌血管新生的抗體藥劑，著名的研究學者佛克曼醫師，天下文化雜誌譯有一本《佛克曼醫師的戰爭》，後來雖然沒找到癌血管新生因子，又回到外科領域，但已開啟了癌症治療新篇章。

(四)、荷爾蒙治療

1970 年代誤打誤撞的泰莫西芬 (Tamoxifen)，在研究避孕藥無意中發現的，避孕藥研究失敗，卻造就了乳癌荷爾蒙治療輝煌的 40 個年頭，如今仍屹立不搖；除此之外，荷爾蒙治療還包括阻斷荷爾蒙分泌的方法來抑制乳癌生長，停經前婦女可以打停經藥；停經後婦女則服用芳香環轉化酶抑制劑 (AI)。荷爾蒙治也可從乳癌生長分裂的其他路徑來阻斷，亦即所謂的荷爾蒙標靶藥物，包括 PI3Ki, AKTi, mTORi, CD4/6i 等抑制劑。

四、總結：

對乳癌治療而言，就如同英國女爵士西西里·桑德斯所說——〈我們最重要的工作不是要延長多少生命，而是要讓剩下的生命有優良的生活品質〉，因此期待能研發更多新藥，讓患者受惠之外，也建議患者要充分與主治醫師溝通及討論，選擇適合自己的療程。

第三堂

題目：心血管疾病的檢查與介入治療

講師：光田醫療社團法人光田綜合醫院 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患，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

2 113年07月07日舉辦7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：艾伯維藥品有限公司

主持人：邱國樑 常務理事

第一堂

題目：高雄長庚質子治療五年經驗分享－精準還要更精準

講師：高雄長庚放射腫瘤科 主任 / 大里仁愛醫院 主治醫師 王友明 主任

課程結論

“質子治療”經常被認為是一種尖端的癌症治療方式，但實際上其概念最早可追溯至二次大戰後的 40 年代，由物理學家 Robert Willson 首次提出。他認為帶電的質子具備獨特的物理特性，適合用於癌症治療。經過數十年的技術進步和設備開發，在克服了許多軟硬體設備限制及法規的挑戰



● 王友明 醫師

後，終使質子治療得以較廣泛地應用於臨床。

高雄長庚醫院自 2018 年底引進質子治療系統，擁有三間治療室，皆配備最先進的筆尖掃描技術。截至目前，已成功治療超過 2300 位患者。但除了先進設備的迷思之外，真正質子治療的品質，還是在於專業技術。正有如飛機平穩安全的飛行，除了機體本身的製造之外，駕駛和航管團隊的專業技術，更是每趟旅程的最大關鍵一般。受限篇幅（如有需要，歡迎參考筆者在優活健康網之專欄文章），本文將簡述本團隊在質子治療領域幾項主要的技術亮點：

三維導航技術

透過每日精準的三維導航，不僅能提高病灶定位的精度，還能評估患者體內組織的細微變化。此技術的成果多次在國內外演講中分享，適用於所有接受質子治療的患者。

椎動脈保留強度調控質子治療

由本單位自行研發，利用先進的軟體調控，針對需頸部照射的鼻咽癌及頭頸癌患者，設計個人化的治療計劃，將頸部椎動脈的放射劑量減少超過 50%，以期降低未來動脈阻塞導致慢性後遺症的風險。特別適用於鼻咽癌、頭頸癌及二次放療的患者。

四維呼吸調控技術

對於肺癌及肝癌等因呼吸而移動的腫瘤，本單位提供完整的客製化呼吸調控選項，除了被動調控之外還能主動追蹤，不僅能降低副作用，更大幅提升治療的精準度，進而提高治療效果。特別適用於肝癌、肺癌及其他胸腹骨盆腔易受呼吸影響的病灶。

低散射強度調控質子治療

利用特製的多葉準直儀（MLC）降低腫瘤周圍的散射輻射，減少低劑量區域的輻射暴露，從而減少副作用，同時提高腫瘤區的劑量。特別適用於眼球腫瘤、肝癌、脊椎腫瘤及二次放療患者等。

除了技術上的突破，治療成效更是臨床關注的重點。以鼻咽癌的治療為例，應用椎動脈保留技術及每日精準的三維導航，不僅急性副作用較光子治療降低超過 80%，椎動脈的輻射劑量亦降低 50% 以上，腫瘤的兩年控制率更超過 97%，這樣的成果，能在高效治療的同時，也免除了療程中副作用這最令患者焦慮的壓力來源。對於肝癌，除了一般肝腫瘤的治療成效極佳之外，即使是面對傳統上難以治療的大型肝癌（超過 10 公分），我們透過三維導航、四維呼吸調控及低散射技術，能讓副作用風險小於 5%，且達成了一年超過 90%、兩年 85% 的控制率，為過往臨床治療的“禁區”開啟了新的曙光。透過本團隊的這些技術，實現了降低副作用與提高腫瘤控制率的“精準治療”效果。

總結來說，質子治療在過去 10 年間已逐漸成熟並廣泛應用於臨床。精準的質子治療必須搭配精準的技術，方能充分發揮其效用。希望透過此次分享，能讓各位大台中地區的醫師，對質子治療的優勢及技術關鍵有更深入的了解。如有相關需求，歡迎聯絡我們，或可直接 email 筆者（E-mail: scorpion6088@gmail.com）。我們也在大里仁愛醫院開設了質子治療諮詢專診，以方便中部地區民眾患者就近評估。

第二堂

題目：異位性皮膚炎

講師：中國醫藥大學附設醫院 陳俊宏 教授

課程結論

異位性皮膚炎（又稱異位性濕疹、英文為 atopic dermatitis、簡稱為 AD）是一種慢性反覆性的皮膚疾病，主要表現症狀為慢性搔癢、癢疹、皮膚乾裂、紅腫、破皮疼痛、次發性感染、睡眠障礙等等。



● 陳俊宏 醫師

異位性皮膚炎致病機轉

引起異位性皮膚炎的機轉相當複雜，包括 FLG 基因突變、免疫功能失調、環境誘發、皮膚屏障功能缺損、以及家族性遺傳過敏史（包括：氣喘或過敏性鼻炎）等因素。當病人接觸過敏原，如常見的塵蟎、貓、狗的毛屑、或是蝦、蟹等食物之後，常會引起血液中免疫球蛋白 E (IgE) 或嗜伊紅性白血球增高，因而出現嚴重過敏反應。

異位性皮膚炎的治療

由於異位性皮膚炎會慢性反覆的發作；過去對於重度、極重度病童與成年人，除了使用抗組織胺或是固定塗抹類固醇藥膏之外，還可以使用口服類固醇或免疫抑制劑加以控制。但是長期使用之後，除了可能會有免疫過度抑制，以及代謝異常等副作用之外，治療效果也常常有限。

由於近年來免疫學研究的進步，針對中重度異位性皮膚炎，除了有免疫抑制劑的使用之外，尚有新的生物製劑、以及口服小分子標靶藥物的問世。透過這些更為精準的免疫治療機轉，將更有機會讓飽受異位性皮膚炎痛苦的病患恢復健康。因為這幾類新的治療方法，不僅成效良好，而且副作用也較低，可能可以對病人帶來更大的幫助。

第三堂

題目：乾癬性皮膚病認識與治療

講師：中國醫藥大學附設醫院 張廖年峰 主治醫師

課程結論

認識乾癬

乾癬，不會傳染，為一常見的慢性皮膚發炎病變。患者在頭皮、臉、軀體及四肢很容易反覆長出隆起的紅色脫屑斑塊，且發病後多數就終身無法治癒。乾癬患者可能因為病灶搔癢造成不適，更常因為皮疹長在暴露部位影響外觀，或是被不知情的民眾誤認為是傳染性的皮膚病，對患者造成很大的心理壓力與社交的困擾，影響生活的品質。而有部分乾癬病人會合併乾癬關節炎，造成關節發炎腫脹；也可能因為指甲病變造成指甲變形。

乾癬不只影響皮膚及關節，最近的研究發現乾癬患者也比較容易會合併糖尿病、高血壓、高血脂、心血管等內科疾病，因此乾癬患者除了需治療皮膚病灶，也別忘記檢查自己有沒有內科『三高』的潛在疾病，如果有的話，可也要同時治療這些內科疾病！

乾癬成因

- 遺傳 -- 雙親若有乾癬，子女罹患的機率較高，但並非 100%。
- 外傷 -- 身體皮膚受傷、搔抓、摩擦或開刀傷口，可能誘發乾癬。
- 感染 -- 喉嚨的鏈球菌感染有可能誘發產生滴狀乾癬的病灶。
- 壓力 -- 約有 3-4 成患者自覺壓力會使病情惡化。
- 藥物 -- 類固醇、抗癩疾藥物、某些降血壓藥、鋰鹽有可能誘發乾癬發作。
- 內分泌 -- 青春期及更年期女性發生率較高，但部分人會因懷孕而獲得改善。

乾癬的臨床表現

乾癬是一種常見的慢性皮膚發炎與角化性疾病，它不僅是皮膚疾病，也是一種全身性疾病，皮膚以外，40%



◉ 張廖年峰 醫師

患者合併關節炎，另外合併高血脂、代謝症候群、肥胖、心血管疾病、糖尿病、憂鬱症等的機率也高於一般人。

尋常性乾癬 --

- 俗稱銀屑病
- 最常見，佔乾癬患者 90% 以上
- 臨床特徵：皮膚出現界限清楚的紅色斑塊，上面附著鬆散的銀白色鱗屑
- 好發於頭皮、耳後、手肘、膝、手足、軀幹及指甲等
- 發生於頭部時，與脂漏性皮膚炎難以鑑別
- 發生於手足時，像手足濕疹，部分身體病變又像慢性濕疹（俗稱牛皮癬）或體癬
- 發生於指甲時常被誤認為甲癬（俗稱灰指甲）

滴狀乾癬 --

- 外觀同尋常性乾癬，大小在 1 公分以下，約 0.1 至 1.5 公分左右，好發於年輕人或小孩
- 常在上呼吸道鏈球菌感染後，突然出現數以百計的病變在軀幹及四肢

紅皮型乾癬或乾癬性紅皮症 --

- 全身皮膚泛紅，大量脫屑
- 患者易有下肢浮腫、發燒或全身不適症狀及心臟、肝腎功能異常

膿疱性乾癬

- 紅斑上有黃色無菌性膿疱，伴有發燒及倦怠感
- 常發生於指端或手掌足底，泛發型侵犯全身皮膚

3 社團法人臺中市大臺中診所協會訂於113年8月18日舉辦第十屆第二次會員大會



4 113年度大臺中醫師公會高爾夫球友誼賽

舉辦時間：113年8月25日
地點：豐原高爾夫球場



獎項	得獎者
總桿冠軍	黃公輔 醫師 (黃英哲外泌尿科診所)
總桿亞軍	楊培金 醫師 (楊外婦產科診所)
總桿季軍	黃登冠 醫師 (黃耳鼻喉科診所)
淨桿冠軍	林紀久 醫師 (林田診所)
淨桿亞軍	何瑞斌 醫師 (佑仁診所)
淨桿季軍	王榮輝 醫師 (高銘診所)



5 113年9月1日心烏日社區醫療群舉辦中秋聯誼餐會



6 113年8月2日召開第四屆第六次理監事聯席會議



7 恭賀 部立豐原醫院新任李永恆院長就任



8 113年9月4日豐原區、神岡區舉辦醫師聯誼會



9 113年8月30日清水區舉辦聯誼會



10 113年8月13日龍井大肚沙鹿區醫療群學術研討會及聯誼會



醫師夫人聯誼會 ©文/曾淑惠 秘書長(陳守善醫師夫人)

璀璨奪目的夜晚



陳守善 醫師伉儷

大會一開場以時尚走秀點燃現場炙熱的氣氛，在理事長帶領下我們昂首闊步的走上T台，成為賓客們視線的焦點，為晚會精彩的活動拉開序幕。

這次的大型走秀只綵排二次，第一次綵排的時候，我心想～天哪，這能上台嗎？

第二次大家竟然有模有樣，不得不佩服醫生們的智慧及團隊的努力，當然更少不了夫人們亮麗的巴洛克妝扮！

珠寶秀是重頭戲，非常感謝大臺中醫師夫人聯誼會會長～戴惠如，體貼姐妹們對走台步的憂慮，特別聘請一線模特兒來指導走秀，跟著姐妹們練習走台步；儘管剛開始走的步伐顛顛巍巍 肢體僵硬、同手同腳…但有大家伙的陪伴、鼓勵和堅持讓我一次次的挺直腰桿向前走，期望能呈現最好的效果。霓虹燈光打下T台，姐妹們帶著自信的笑容，隨著音樂節奏走台步，瞬間簡直就是 dream come true，從來沒有想過自己能夠作為模特兒走上T台，和姐妹們一起完成我小時候的夢想，真的很幸福！這次珠寶走秀的成功，是所有姐妹和工作人員的功勞，謝謝你們的參與

讓這次診協活動畫上濃墨重彩的一筆。

藉由這場盛宴，讓大家看到了醫師和醫師夫人的另外且耀眼的一面；有醫師合唱團和醫師夫人合唱團帶來的天籟美聲，餘音繞樑；也有醫生和夫人們帶來的薩克斯風表演，樂音嫵嫵、精彩絕倫；更有夫人們精心呈現的電音熱舞，精彩的帶動跳，讓大家嗨到最高點，完全是晚會的焦點，每位夫人在舞台上都散發當晚最耀眼的光芒。

籌劃這麼盛大的晚宴實屬不易，能順利且完整的帶給宴客們如此驚豔的體驗更是難上加難，這一切都要感謝診協理理事長～陳俊宏醫師全力的支持，與會的醫師和人們傾注時間和精力練習，若不是他們的大力配合，開場和走秀就不能讓宴客們享受其中；若不是贊助廠商提供的服務還有富壁寶鼎珠寶提供的絕美首飾，我們便不能驚艷四座，吸睛度百分之百，若不是賓客們熱情的參與和掌聲，就不會有這麼熱絡的氣氛，也不會有這麼美好的夜晚。

謝謝各位，晚宴因你們而美，是你們賦予慶祝大會更美的意義。



Happy Birthday

大臺中醫師公會會員壽星生日快樂榜

祝本會會員10月份壽星快樂

尤英寬	吳奇峰	李嘉文	林彥甫	洪宇漢	張銀中	陳柏匡	方毓涵	吳宜謀	李慕臻	林柏辰
洪秉鴻	梁錦漢	陳秋水	王弘毅	吳星輝	李學林	林秋能	洪國訓	莊芝林	陳國慶	王志中
吳敏雄	李曉玲	林重賢	洪國淵	許立諭	陳幹珍	王亮傑	吳祥壽	李豐佑	林振蔚	洪榮信
許承隆	陳愷懋	王思為	吳豐任	杜少清	林泰綜	胡宗慶	許秋潤	陳憲德	王思博	呂建駒
卓士凱	林浩德	唐浚恩	許哲翰	陳聰榮	王重榮	呂錫修	卓新民	林勝三	孫偉棟	許峰頌
陳鴻文	王能雄	李文俊	周耀中	林敬性	徐文秀	許嘉芳	陳鴻昌	王偉哲	李文軒	林友謙
林鴻儒	徐旭杞	連啟勳	陸盛力	王經政	李宇正	林巧容	林獻鋒	殷明昌	郭元銓	彭士能
王靖博	李旭東	林正修	林耀楠	涂金龍	郭宸昀	彭洸萍	王靖雯	李佩育	林玉彪	林 蘭
馬思斌	郭集慶	曾敬勳	王鴻文	李宗洋	林志宇	邱文淵	馬振來	郭達智	溫宗益	王寶玉
李秉學	林育生	邱保嘉	張文哲	陳大衛	游建智	王耀健	李冠華	林佳弘	邱濟華	張文聰
陳仁傑	舒惠芬	曲浚逸	李建裕	林佳逢	侯秉沂	張孝魁	陳立修	黃世瓊	朱彥澤	李建達
林佳輝	侯泰成	張尚妙	陳沛仁	黃玉兒	江忠方	李彥樟	林忠三	姜明凱	張治國	陳辰宇
黃如峯	江冠宇	李彥憲	林忠義	施子評	張哲源	陳延任	黃志浩	何翔凱	李國維	林金裕
施文良	張家熙	陳明宏	黃俊晟	余子菁	李敏思	林金瑤	施旭姿	張崑敏	陳明源	黃凌嵩
余宣宏	李敏駿	林長青	施映仔	張凱博	陳俊良	黃健郎	余秋霖	李 祥	林長業	柯惇議
張筱君	陳品蓉	黃翊睿	余曉笙	李智威	林建志	洪大為	張壽雄	陳威志	黃紫英	黃詩芸
劉鎬瑜	盧敬文	黃燮欽	樊永昌	盧裕欣	楊士民	歐瑞翔	蕭博隆	楊白強	蔡川忠	賴水主
楊明勳	蔡坤曆	賴怡均	楊琮富	蔡孟軒	賴彥坤	楊登和	蔡宜靜	賴豆勳	楊順吉	蔡宜穎
賴韋丞	楊慧靜	蔡承佑	錢方鵬	葉佐殷	蔡明哲	戴光哲	葛國慶	蔡牧樵	戴金道	詹廖明義
蔡信東	戴笠修	鄧雅玲	蔡維鍵	戴漢梅	鄧順生	蔡篤隆	謝俊德	鄔翔帆	蔡顯揚	謝振甫
廖丞晞	蔣琬琪	鍾佩倫	廖昌起	鄧麗梅	魏湘樺	廖黃逸	鄭成發	魏漢源	趙海軒	鄭偉方
嚴允和	劉又銘	鄭傑仁	蘇勁臻	劉光世	鄭智仁	蘇振賢	劉姝均	鄭智文	蘇清清	劉家豐
鄭詠霖	蘇清源	劉庭軒	鄭錦文	蘇翊妤	劉進益	盧建維				

祝本會會員11月份壽星快樂

尤咨云	呂彥德	周恆正	徐約翰	許志煌	陳豆峰	黃承緯	文貴旺	呂政翰	官達人	徐敏綺
許來發	陳國發	黃冠博	王世農	巫文平	林文玉	徐瑋璟	許宗鴻	陳國輝	黃宣為	王昭閣
李光洲	林文鶯	翁瑋駿	許松山	陳崇文	黃建霖	王柏盛	李匡曜	林宗興	袁嘉駿	許德宗
陳聖祺	黃建龍	王瀛然	李宗軒	林忠青	高國峯	許瑩姿	陳嘉瑋	黃美娜	王繹鈞	李昇華
林明霞	高鴻偉	郭志銓	陳嘉聖	黃家榆	江友馨	李長模	林牧熹	高麗燕	郭恒甫	陳慧芬
黃挺碩	江志明	李冠儀	林信樺	張立建	郭振華	陳鄭添瑞	黃惠琪	江奇璋	李政儒	林郁卿
張志宇	郭端育	陳巍耀	黃毓璇	江福財	李家榮	林哲民	張孟浩	陳天珍	傅炯皓	楊志鴻
江鴻逸	李祥生	林振堂	張炳雄	陳世偉	彭錦桓	楊政偉	何子宸	李景藩	林國佑	張振昇
陳本德	曾啟育	楊峻昌	何宗晏	李鈞量	林殿璜	張崇敬	陳成福	曾敏昇	楊得政	何承懋
李毓倫	林瑛哲	張順益	陳志能	曾瑞壯	楊皓雯	何景星	李廣仁	林聖哲	張瑋玲	陳秀璋
甯中柱	楊聖功	余正文	李德寅	林禎淇	張 義	陳卓雄	董冠勳	葉宏軒	余俊彥	李麗芳
林耀綜	曹玉山	陳怡瑄	董偉輝	葉秋男	吳文彬	沈呈懋	邱聖昌	梁文宜	陳炎山	馮舉哲
葉啟源	吳坤霖	沈美鈴	施彤霖	梁哲翰	陳采峯	黃于珊	詹尹節	吳明峰	沈耘仲	洪良
梁梓賢	陳俊佑	黃士銘	詹佳翰	吳映慧	沈裕良	洪輝期	莊凱迪	陳信宏	黃世忠	詹益承
吳禹霏	阮亮綺	紀連華	莊聖偉	陳建州	黃正金	詹耀挺	吳榮倫	阮國彰	夏在中	莊銘仁
陳建利	黃正賢	鄧昀穎	吳翩翩	周宇光	孫志誠	莊耀年	陳彥志	黃克孝	廖承駿	廖昱凱
蔡慧玲	顏炳煌	廖哲頌	鄭地明	魏武麟	廖偉志	鄭伯智	魏重耀	鄧暢慶	鄭良哲	廖永達
劉人傑	鄭東榮	羅立凱	劉再昭	鄭婉真	羅志良	劉品均	鄭 璋	羅鳴高	劉奕亨	盧冠達
蘇宏泰	劉姝佑	蕭宇儀	蘇育祥	劉彥昇	賴大豐	劉珉玥	賴文恩	劉順漳	賴岳汎	劉福平
賴秉甫	劉鴻基	賴家鈺	劉鴻略	賴清政	劉懷祖	賴焜文	潘彥宇	戴廷羽	潘廣勤	謝佩蓉
蔡文方	謝宗宇	蔡文泰	謝尚霖	蔡孟瑄	謝明星	蔡宗翰	謝欣庭	蔡松茂	韓桂暘	蔡振榮
簡竹君	蔡義吉	簡祺修								