



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



3·4

月號

2024 MAR & APR NO.187

【理事長的話】

「物治法」不當增修·恐傷民眾健康·次段預防、早期診斷現破口

「醫預法」實施·調解代替訴訟·對話取代對抗

政府依法行政·導正掛號費「備查」當「審查」違誤

萬物皆漲成本大增·健保給付不調整又七折八扣·醫療院所淌血

籲修法「健保點值每點1元」·立委蘇清泉提案《醫發條例》

【醫壇時論】

新世代的醫學生需要什麼樣的醫法倫課程？



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 MAR & APR NO.187

封面簡介

112年度自強活動

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／陳力平 大安區／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
傅姿蓉、楊珮君、詹舒涵、潘以安

本期目錄 CONTENTS

理事長的話

- 03 「物治法」不當增修·恐傷民眾健康·次段預防、早期診斷現破口
「醫預法」實施·調解代替訴訟·對話取代對抗
政府依法行政·導正掛號費「備查」當「審查」違誤
萬物皆漲成本大增·健保給付不調整又七折八扣·醫療院所淌血
籲修法「健保點值每點1元」·立委蘇清泉提案《醫發條例》

醫事新訊

- 11 醫事新訊

醫壇時論

- 19 新世代的醫學生需要什麼樣的醫法倫課程? 文／吳肇鑫 理事

會員園地

- 20 公會活動花絮
25 帶著味蕾去旅行 文／莊瓊瑤 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

「物治法」不當增修·恐傷民眾健康·次段預防、早期診斷現破口
「醫預法」實施·調解代替訴訟·對話取代對抗
政府依法行政·導正掛號費「備查」當「審查」違誤
萬物皆漲成本大增·健保給付不調整又七折八扣·醫療院所淌血
籲修法「健保點值每點1元」·立委蘇清泉提案《醫發條例》

各位敬愛的會員前輩好夥伴們，大家好！

物治法新增「非以疾病治療為目的」·致次段預防、早期診斷出現破口

醫師公會全聯會 113/2/20 第 13 屆第 2 次專科醫學會委員會會議，討論案：112 年 12 月 27 日總統令公告「職能治療師法」部分修正條文，新增「但非以疾病治療為目的者，不在此限」，對醫界有重大影響，籲請醫師共同重視！

- 1、衛福部於 113 年 1 月 18 日邀集醫界相關團體研商「職能治療師及物理治療師執行非以疾病治療為目的之範圍相關事宜會議」，當日會議初步結論，衛福部預計以物理治療師全聯會版本進行討論。醫師公會全聯會建議採用臨床上使用國際診斷碼 ICD，為明確、客觀、嚴謹的條件標準，但意見未被採納。
- 2、物理治療師全聯會就「非以疾病治療為目的」之建議意見：建議「非以疾病治療為目的」之物理治療，其範圍至少包含「非治療性運動的設計及指導」、「運動傷害防護」、「輔具評估及指導」、「健康促進」、「職工安全之評估與預防」。
- 3、醫師公會全聯會立場：針對《物理治療師法》秉持一貫立場，訴求將衛福部過往函釋完

整入法。主張以保護國民權益為前提下，應不僅就「非以疾病治療為目的」做研議，也須將「非醫療業務部分」寫入本次函釋，否則恐將傷及民眾健康，更可能致次段預防、早期診斷之防線出現破口，然卻在 112 年 2 月 8 日公告物治法第 12 條附帶決議未獲共識前，《職能治療師法》第 12 條又於 12 月 27 日 比照公告通過，恐將面臨相同困境。

不當修法及寬鬆函釋·侵犯醫師醫療診斷權及治療權

4、會議中多位幹部非常憂心：醫事團體不斷擴大執業範圍，尤其以藥師、物理治療師及職能治療師等，第一波爭取入法及寬鬆函釋規定，嚴重侵犯醫師醫療的診斷權及治療權，疑似違反醫師法的密醫行為疑慮嚴重！「為什麼我們反對密醫，就是因為對人民生命的尊重與健康的重視，過去所有的醫事人員都是在醫師指導下，進行他們的專業服務，因為醫師的養成是為民眾的健康與生命安全做決策的專業，其他醫事人員的養成都是執行醫師決策的專業，兩者好比是軍隊的軍官與士官，當其他醫事人員為民眾健康問題做決策時，已經超出他們專業養成教育的範圍。」

未滿 4 歲兒童·第一段門診診察費之專科醫師加成·均調升至 13%

為提升基層診所兒童醫療量能與強化護理人力，醫師公會全聯會爭取通過「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」及「因應基層護理人力需求，提高 1-30 人次診察費」預算，用於調升基層診所診察費。在周慶明理事長帶領下，全聯會召開多場會議，並與健保會、健保署、臺灣兒科醫學會及護理師護士公會全聯會等，共同討論後，為守護兒童健康、提升醫護共好，照護民眾健康，達成共識。最終，在 1 月 24 日健保會決議通過診察費調升項目。

一、有關「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」項目（1.225 億元）：

- （一）執行內容：未滿 4 歲兒童第一段門診診察費之專科醫師加成均調升至 13%。
- （二）支付方式：基層院所診治未滿 4 歲兒童申報第一段門診診察費之專科醫師加成，由「現行整形外科、骨科、泌尿科及神經外科 10%，其餘專科（含兒科）為 9%」，改為「不限專科均調升至 13%」。

調升執登護理人員健保投保級距者·提高 1~30 人次診察費

二、有關「因應基層護理人力需求，提高 1-30 人次診察費」項目（6.593 億元）：

（有鑑於本案業經健保署及健保會通過，惟考量調升護理人員健保投保次一級距之生效日為次月生效，若診所有意願申報本項，建議可參考下列（二）第 1、2 點之認定方式，先行調整投保薪資。待健保署正式公告時，將會勾稽符合資格診所，予以追溯自符合條件之當月計算。）

- （一）執行內容：「提升護理人員照護品質之門診診察費加計（00246C）」由 6 點調升至 12 點，申報方式改由健保署後續勾稽診所實際調薪情形核付費用。
- （二）資格認定及支付方式：
 1. 護理人員薪資認定：為護理人員有執業登記於該診所，且當月向健保署辦理「投保金額」達次一投保等級。（註：當月係指健保投保生效月份）（調薪比較基準月：111 年 12 月）
 2. 調升護理人員數認定：診所每月聘有護理人員數，依以下標準達成不同調薪人數（無條件進位）
 - （1）聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。（2）聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90% 以上護理人員薪資。（3）聘有 11 位以上護理人員：調升 80% 以上護理人員薪資。

3. 反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵：限聘有護理人員且有達調薪幅度之西醫基層診所申報一至三十人次門診診察費之案件獎勵 12 點。當月獎勵於申報門診診察費月份之次次月底前撥付。
4. 提升護理照護品質獎勵：額度視本預算最後一季結餘，依當年度各診所調升護理人員薪資之人月占率發放予有達調薪幅度之基層診所。

兒科消失中·給付加碼 3 億搶救

少子化直接衝擊台灣兒科醫師生態，醫學生不願投入兒科，連台大、成大兒科都找不到住院醫師，兒科大老感嘆「兒科已需要被送入急診室搶救」。衛福部健保署日前拍板，兒科加護病房、新生兒住院診察費等給付全數加成，預計支出三點三八億元，服務未滿四歲童門診加給百分之十三，最快五月上路，盼能增加醫師投入兒科意願。

兒科醫學會副理事長陳銘仁說：「兒科不分次專科全部都在缺人，最慘的是年輕人不願投入兒科，住院醫人力嚴重短缺，資深主治醫師都已過了花甲之年也都要輪值夜班，現在還在兒科的主治醫師，平均年齡偏高，除了平時要看診、查房，晚上還得值班，高齡過勞的現象已成兒科常態。」

「健保署日前召開醫院總額會議，會中決議要推出收治十九歲以下的兒童加護病房的住院診察費、病房費、護理費，增加兩成給付，新生兒中重度住院診察費，增加五成給付，預估支出三點三八億元。另外，針對基層診所門診服務未滿四歲兒童，第一段門診量不分專科提高給付百分之十三。初步已通過，後續須再進入共擬會討論，最快五月一日起上路。」

少子化衝擊·應增加一般兒科給付

台大醫院小兒感染科主治醫師黃立民表示：「加護病房、中重度住院的兒科病人占比不高，多數兒童都是因為一般疾病如腸胃炎、尿道感染、生長發育等至小兒科就診，這類病人占比超過九成五，著重調升急重症住院診察費，對兒科醫師留任幫助不大，也難吸引醫學生選擇兒科，政府若真要吸引人才，應增加一般兒科給付。」

兒科醫學會理事長倪衍玄表示：「雖然衛福部已優先解決兒童急重症照顧問題，但少子化帶來衝擊仍未見政策的解方。健保給付是採取論件計酬，小孩變少，兒科難以支撐，建議未來給付可朝預防醫學發展，比如現行的生理檢查、疫苗接種等，不是等到生病才從醫療段介入。」

衛福部因應兒科醫師受限於病例少，臨床訓練經驗不足，規畫補助兒科醫師進修計畫，強化新生兒、兒童重症、兒童癌症等診斷與治療能力。優化兒童醫療照護計畫將補貼核心醫院跟重點醫院一個月一萬元等，全面提升國內兒科資源。

醫預法：院內關懷、醫療爭議調解、醫療事故預防

三總王志嘉醫師：「歷經 20 餘年，醫療事故預防及爭議處理法（簡稱醫預法），於 2024 年正式實施。院內關懷、醫療爭議調解以及醫療事故預防等，是醫預法的三大核心，當中最新、條文最多，也是核心的內涵就是「醫療爭議調解制度」。除調解設計有別於現行的調解制度外，所強調的調解先行的設計，也不同於現今以醫療訴訟為主的制度。因此，對醫預法調解制度的精神、內涵及實務的了解，將成為各醫事人員不可或缺的專業素養。」

現行醫療爭議訴訟外解決制度：和解與調解

「因醫療爭議事件導致司法訴訟往往造成醫病雙輸的結果，所以，以訴訟替代解決制度（Alternative dispute resolution ADR）來替代司法訴訟，是 21 年來醫界對於醫療爭議處理制度改革的重要主張之一。ADR 的精神，主要是有別於訴訟而提出，故其模式具有多樣性。

一、「和解」，其精神及內涵係對於醫療爭議事件的醫病雙方，經由互相的協商，尋求醫病雙方可以接受的解決方案，本質是雙面關係，有時病方會找第三方的民意代表地方仕紳一同協商，因實質上仍代表病方，仍應視為雙面關係，仍是屬於和解。

二、「調解」，相較於和解的雙面關係，調解係透過第三方的居間協調處理，找出醫病間對於醫療爭議的歧異，透過第三方中立的調解委員居間協調，以達成醫病雙方互相能接受的共識。

在醫預防法實施前，醫療爭議常用的調解模式，包括：一般調解、地方調解委員會調解、以及法院調解。

1) 現行的各縣市衛生局的調解制度，係屬於「一般調解」，法律效力較為薄弱，通常僅具有民事和解契約的效力，雖然醫病任一方仍可提起訴訟，但是實務上並不常見。

2) 「地方調解委員會調解」係依據鄉鎮市調解條例的規定進行，鄉鎮市調解條例是特別法，其效率最強，如調解成立並經法院核定後，就民事案件具有確定判決相同的效力，就刑事案件僅適用在告訴乃論之罪，對於涉及重傷或死亡的醫療爭議事件並不適用，就實務面，因為醫療糾紛事件涉及醫療專業，較少應用地方調解委員會進行醫療爭議的調解。

3) 「法院調解」係依據民事訴訟法第 403 條第一項第七款規定「因道路交通事故或醫療糾紛發生爭執」，於民事訴訟程序進行前，必須經過法院的調解程序，由於該法係規定於民事訴訟法，若調解成立僅具備與民事判決相同效力（不具有刑事判決的效力）。

以上三種調解模式的法律效力依序為：鄉鎮調解委員會調解、法院調解、一般調解（衛生局調解）。此外，就現行的醫療糾紛的 ADR 機制，通常是機構內的和解機制與機構外衛生局、法院調解制度等多元模式並行。」

醫預法實施後的醫療爭議調解制度：院內關懷、調解先行

「醫預法對於醫療爭議的處理，採取機構內關懷與機構外調解的雙軌模式，並將醫療品質的管理納入。首先，機構內會進行醫療關懷，若此關懷無法解決醫病的爭執，就會進入機構外，於各縣市衛生局進行的醫療爭議調解，有先後順序。此外，法條設計上，是採取調解先行的制度。換言之，若未經過各縣市的衛生局調解會調解，逕行提起刑事或民事訴訟，檢察署或法院應移付管轄的調解會先行調解，明顯有別於過往醫療糾紛處理模式。除了「調解先行制度」的設計外，醫預法下的調解程序，也將有別於現行（過去）制度，而且具有諸多創新特色，如下：

1. 強化調解專業：

為了處理醫療爭議，調解會應由 9 到 45 位具有公正性和專業性的人員組成，其中包含醫學、法律或其他領域的專家；此外，調解會的成員，不同性別和非醫學背景的委員應各佔總數的 3 分之一以上。

醫預法的制度設計，雖未明文規定採取雙調解委員制度，然而至 2012 年台中地院試辦醫療爭議雙調解委員制度後，接著 2017 年衛福部與法務部推動「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計劃」後，目前無論是衛生局或是法院通常採用（醫、法）調解委員制度進行調解。

2. 發揮調解效率：

調解會在接受醫療爭議案件後，應儘快進行調解，並在三個月內完成調解程序，如有特殊情況，可延長一次，

但不得超過三個月。

3. 建立調解誘因：

除了維持調解程序的不收費以外，醫預法為鼓勵當事人進行調解，如果民事案件的調解成立並獲法院核定，當事人可以申請退還已繳付 3 分之 2 的裁判費。

4. 明定遺憾原則：

醫預法明定遺憾或道歉原則（此稱為遺憾原則，醫師公會全聯會稱為關懷原則），也就是調解過程中，調解委員的勸導或當事人的遺憾、道歉、陳述或讓步等行為，除非得到雙方當事人的同意，否則不構成機構內相關行政處分的依據，也不可作為證據或裁判的基礎。

5. 鼓勵真相發現：

為了促進醫病雙方的和解，調解委員在調解過程中，如果遇到雙方爭點難以解決的情況，可以將爭點整理後，送交醫療爭議評析。醫療爭議評析，類似現行的醫糾鑒定，但它是在訴訟之前，基於調解需要由調解委員發起等，所以稱為爭議評析，以便區別。另外，它的目的是為了促進調解與爭議解決，而非訴訟，醫預法也明定，除非醫療爭議當事人都同意，否則評析結果不得作為本案訴訟的證據或裁判依據，也不得作為相關行政處分的依據。

6. 確保調解效力：

如果調解成立並經法院修訂，其法律效果明確：1) 就民事訴訟部分，與確定判決相同的效力，並且當事人不得再提起訴訟；2) 就刑事訴訟部分，當事人也不得再行告訴或自訴，而對於告訴乃論的案件，如果調解書記錄了當事人撤回告訴或自訴的意思，則視為已經撤回告訴或自訴。換言之，就民事訴訟部分，具有完全確定的法律效果；就刑事訴訟部分，除了非告訴乃論的案件，因為係屬於國家的司法權，不會完全確定外，其餘的法律效果也都是確定的。」

面對調解應有的專業素養·對話取代對抗·調解代替訴訟

「醫預法強調訴訟替代解決模式（ADR），醫療爭議採取調解先行的設計，取代以往以訴訟的處理模式，以「對話取代對抗」、「調解代替訴訟」的內涵，臨床醫事人員若發生醫療爭議時，與病方直接、面對面的機會將會明顯增加，所以有必要增加面對衝突情境的溝通能力，即便未發生醫療糾紛，但無可避免的難免會遇到困難或衝突的溝通情境，因此，在醫預法實施後應特別著重於困難、衝突、爭議情境的溝通技巧，以及其他衝突解決的專業素養，讓臨床醫療更為順暢，達成全人照護的目標。

面對調解的事前準備或相關協助

對於衝突理論、事件發生後的心路歷程，如續發／第二受害症候群等知識構面也應該了解外，兩項臨床醫事人員最需要的事前備或協助：

一、法律專業的支持

臨床醫事人員對於法律仍有一定的陌生，最需要的就是法律專業的支持，這包括：1) 醫療爭議事件輸贏的機率，這具體的內容涉及是否違反醫療常規、是否逾越合理臨床專業裁量；2) 如果進入司法訴訟，後續的程序會如何進行等。

二、關懷調解的支持

臨床醫事人員多數聽過醫療爭議調解，但對於調解的運作多數人不了解，對於出席調解會議時需要的注意事

項往往陌生。因此，有必要事先了解調解會議的程序，如調解委員、警方以及病方代表等，以避免增加壓力與焦慮的來源。此外，在調解會議進行時，如何察言觀色傾聽、善用溝通技巧，以及不要說錯話，往往成為重點，特別是身處醫療爭議事件的臨床醫事人員陷入情緒或主觀常不自知，機構內的關懷人員，如果能在調解會議進行前給予適時的說明、提醒與教育，必然有助於調解會議的進行。

面對調解應具備的態度與技巧

面對醫療爭議的調解，無論是在調解會議進行前或當下，臨床醫事人員應該有適當的態度，並從多元觀點思考調解的意義。

根據訪談醫師擔任醫療爭議調解委員、被病房控訴有醫療疏失的醫師、以及受訪的醫師代表病方時，共同的交集處有三個面向：

- 1) 不要過度推測病人的想法，避免產生心理障礙，影響調解的成效；
- 2) 根據不同的情境，適時調整自己的溝通方式，不要只著重於專業知識的解釋，反而忽略了病人的感受；
- 3) 深入了解病人的文化背景，探索病人的真正需求，並與調解委員合作，應用「爭點 - 立場 - 利益模式 (issue, position, interest IPI)」的技巧，解決醫病之間的衝突。

醫預法以調解代替訴訟、對話代替對抗的內涵，臨床醫事人員面對調解應具備的專業素養，包括事前準備或相關協助、面對了解的態度與技巧等，以期讓臨床醫療更為順暢，達成全人照顧的目標。

樂見政府「依法行政」·導正掛號費「備查」當「審查」的違誤

有為有守之行政典範·依法行政為民主政治之基石。

醫師公會全聯會聲明：衛福部於3月4日發文停止適用衛生署於99年6月21日關於掛號費公文（下稱前文），引起少部分人士或團體有所回應之情事，醫師公會全聯會，為能釐清真相，避免造成混淆，作如下說明，懇請各界參酌並能一致肯定有為有守之政府。

首先，樂見政府願意「依法行政」，此次廢止之公文如同衛福部所解釋，系因前文已經造成誤解，並將原本「備查」之行政作為，複雜化到有審查之情形，為免日後持續有所違誤，故停止適用前文。依法行政為民主政治之基石，且為政府官員所應謹守之底線，因此能有此作為之政府實乃我國人民之幸。

其次，參考收費標準之意，意即有所規範，並且同時會產生錨定效應。若有所謂天花板數字出現，可能造成多數人會依循該收費標準，甚或暗示該金額為大家所公認之金額。如此容易造成價格定錨，且無利於市場穩定。今取消之後，回歸市場機制與各自衡量各地區與自身經營策略，不但可以避免錨定效應，同時也可以促進市場蓬勃多元發展，避免過度一致下產生無差異化，反而會偏向廣告導向為主要經營方針。況且，掛號費本屬非醫療費用，因此無論在法規上，或實務上之管理，自與醫療費用不同。惟仍應秉持公開透明機制，讓病人於就診前能確知相關費用資訊，以保障民眾就醫權益。醫師為相當自律之專業人才，目前醫療機構無論是醫院還是診所都相當完善與充足，不可能有大幅調漲掛號費之可能。過去所訂之金額已歷經十多年未有調整，不但遠遠偏離真實物價上漲幅度，也造成醫療業不敢投資於基礎設備上，況且我國大部分醫療機構皆為健保特約機構，收費係依健保規範定價，各醫療機構無甚差異，僅掛號費為可調控之部分，已屬極小部分差異化，倘取消這些微差異可能，以經濟學之供需原理來看，日後將造成更大問題。

本次衛福部有鑑於應依法行政，且為了醫療長遠發展之需，並應重視人民選擇權下，採用放寬引進部分市場經濟，以利未來提升人民福祉與開拓醫療進步，實為一項福國利民之舉，為時不晚；本會本於醫療專業與提升

醫療品質之必要，肯定衛福部本次取消前文之舉。

百物飛漲行政成本大增·健保給付不調整又七折八扣

林應然理事長：「依法而言，掛號費是行政費用，不是醫療費用，衛生局是審查核准醫療費用，而非審查核准掛號的行政費用，雖然14年前有所謂掛號費高於150元必須以公文通知衛生局的規定，但這只是「報備」性質，有些縣市衛生局將這規定擴大錯誤解釋為「核准」權，造成縣市不同調與混亂，這一點，衛福部部長與醫事司司長都有明白解釋清楚了，公文只是明確法令依據。」

「幾十年來百物飛漲，人事成本也大幅提昇，基本工資都不知已經調高多少才次了，醫療院所行政成本已經大幅增加，再加上健保給付不但沒有調整，更甚且七折八扣，醫療院所已經在淌血了，只能自救提高掛號費以求自保。」

「醫改會、督保盟及不少政治人物都在指責衛福部，說這次的公文是在取消掛號費上限，會讓民眾無法負擔醫療費用導致看不了病，其實沒有這次3月8日的公文以前，掛號費也沒有上限，只是要報備，不是有某院所掛號費是2500元了，但實際上也沒有幾家醫療院所掛號費超過150元。台灣的醫療院所很競爭，過高的掛號費對院所不見得有利，民眾應冷靜客觀看待掛號費反應通膨的調整。」

全聯會爭取112年西醫師執行業務費用率·獲財政部、衛福部善意回應

因應賦稅署表示，112年醫療執行業務所得成本計算，恢復疫情前每點0.8元計算，與醫界期待落差過大。周慶明理事長緊急邀請本會顏鴻順常務理事、黃啟嘉常務理事及蘇育儀副秘書長等幹部，參加113年3月11日由吳秉叡立委及王正旭立委國會辦公室召開「就醫師公會全聯會提出112年度西醫師之執行業務者費用標準問題陳情案協調會」，衛福部王政務次長必勝、中央健保署李副署長丞華、財政部李政務次長慶華、賦稅署宋署長秀玲等長官共同出席，進行研議，會議達成共識如下：

一、因應「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」於112年6月30日始廢止，考量前半年疫情仍嚴峻，112年度西醫師執行業務者費用率，以原本的每點0.8元費用率及111年的每點0.95元費用率，取其平均值，原則約為每點0.875元。（仍待財政部核定正式公佈。）

經與財政部及賦稅署再次確認：

二、112年6月底前，來自「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」費用，比照111年度免稅辦理，並由中央健保署詳列於「全民健康保險特約醫事服務機構申請醫療費用分列項目表」中，俾利醫師於報稅中扣除。

三、112年6月30日底前施打COVID-19疫苗、公費流感疫苗及公費肺炎鏈球菌疫苗注射等處置費，比照111年度，免稅辦理。

後續辦理情形，醫師公會全聯會將密切觀察，隨時反應輿情。再次感謝兩位立委、衛福部及財政部支持，對全國醫療院所全力支持。在周理事長慶明帶領下，全國醫師及全體醫療院所一本初衷持續竭盡全力固守醫療崗位，共同守護全民生命健康。

籲修法「健保點值每點1元」·立委蘇清泉醫師提案《醫發條例》

國民黨醫師立委蘇清泉3/26日在立法院總質詢，向行政院長陳建仁、衛福部長薛瑞元提出「健保點值每點1元」修法提案；他強調，準總統賴清德是腎臟專科醫師，陳揆是公衛專家，薛部長是婦產科，而蘇清泉則是心

臟外科，各方面醫療專家齊備，此時正是修法的好時機。

蘇清泉指出，2022年交通部統計，台灣平均住宿觀光飯店一晚4,195元，而醫學中心健保給付健保病房費598元，護理費561元，平均一晚1,159元；而算命一次至少800-4,000元之間，真正救命的醫師看門診，健保給付基層診所卻只有385元，醫院更少，只有286元。

他並表示，現在全台醫院經營最好的林口長庚醫院前年整體盈餘34.79億元，但醫療本業虧2.48億，靠什麼呢？非醫療收入，美食街、停車場、捐贈、股票利得來弭平醫療虧損，醫院變成「美停院」，只能靠美食街、停車場收入來賺錢。

「一家醫學中心幾萬人工作，盈餘毛利一到二，要是一家正常企業的CEO，早就被董事會開除了」，蘇清泉說，因為診療費過低、急重症給付低、病房及護理費低、新藥及科技發展缺乏預算，內外婦兒急重難科招不到醫學生、護士荒導致關病房，急診候床排滿滿、新藥不進台灣、醫院沒錢培養人才、設備越來越舊，醫療體系每況愈下，以前世界稱羨台灣健保好，現在問題全都浮現。

因此，蘇清泉與同黨立委廖偉翔聯合提案《醫療發展特別條例》，將補助浮動點值未達0.95元，補足到0.95元，績效優良者補足到1元，並參考其他國家，將健保制度規劃改採總額目標制，合理反映社會變遷、新科技發展、醫療需求成長等因素，每年度設定目標，超出部份由其他預算打折給付，且作為下一年度目標費用合理成長率。

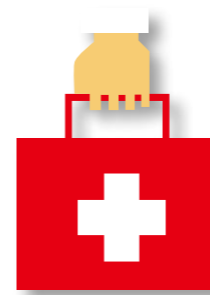
他強調，醫療院所現毛利只剩一到二，四月要調漲電費10-15%，累積前兩年電價已急遽增加32%，今年4月若再調15%，光電費成本就增加近五成，健保總額成長率4.7%，還沒用在醫療上，就先給電費剝了一大半，醫院面對困境該怎麼辦？可以比照社福機構凍漲嗎？還是要編列公務預算來補助醫療院所。

不過陳揆與薛瑞元均以電費上漲，醫療院所成本僅增加1-2%，希望由醫院「自行吸收」為由做解釋，讓蘇清泉非常不滿。他指出，準總統賴清德出身腎臟科醫師，陳揆是公衛專家，薛部長是婦產科，而蘇清泉則是心臟外科，各方面醫療專家齊備，修法健全健保，是全台醫院、醫護的共同期望，「修健保點值，改為每點1元，此時正是最好時！

世界變動，時局流轉，科技不斷進展，也推動社會持續變遷和經濟消長。醫界同仁夥伴們也需要持續努力，團結一致，維護合理的生存執業空間和專業尊嚴，促進醫業發展，爭取足夠醫療健康資源的投資挹注，才能真正保障民眾健康。

敬祝各位：美好春天時節、春風滿面！健康樂享明媚好春光！

魏重耀



醫事新訊 Medical Information

1 【衛生福利部】訂定「衛生福利部公文電子交換輕量化收發平台 (WebjAgent) 系統申請及使用規則」，並自即日生效

一、本規則適用對象為經衛生福利部主管並核准立案之全國性組織或團體，及其附屬機構（如：醫療院所、藥局、長照機構、社福機構等），爾後如衛生福利部業管之用戶需申請加入衛生福利部 WebjAgent 用戶，請依本規則辦理。

二、旨揭衛生福利部公文電子交換輕量化收發平台 (WebjAgent) 系統申請及使用規則，請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-03-18) 項下查閱。

2 【中央健康保險署】「中區西醫基層總額共管會 113 年第 1 次會議紀錄」乙份

旨揭會議紀錄請至本會網站 (gtma.org.tw/ 西醫總額 / 基層總額 / 2024-03-18) 項下查閱。

3 【衛生局】「不以製劑調製品項年度申報事宜」業經衛生福利部於 113 年 1 月 9 日以衛授食字第 1121414124 號公告

一、「藥品優良調劑作業準則」業於 111 年 7 月 20 日發布修正，並自發布後一年 (112 年 7 月 20 日) 施行。依據該準則第 28 條第 3 項規定：「不以製劑調製者，醫療機構或藥局，每年應向中央衛生主管機關申報各品項之調製數量」。

二、執行不以製劑調製者，應於每年 2 月底前，完成前一年度不以製劑調製品項之調製數量年度

申報，第一次申報應於 113 年 2 月底前，完成 112 年 8 月至 12 月調製數量之申報。請至食品藥物管理署官網 - 不以製劑調製品項申報專區 (<http://dtracebook.fda.gov.tw/APIs/Login.aspx>) 進行申報。

4 【衛生局】有關疫情期間保險醫事服務機構至立案照護機構提供保險一般門診及復健診療服務時段，自 113 年 1 月 1 日起，請依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 22 條規定辦理

按全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 22 條規定，保險醫事服務機構指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家提供保險一般門診及復健診療服務，每週合計以 3 個時段為限；提供收住達 300 人以上之住宿型身心障礙福利機構，每週合計以 6 個時段為限。

5 【衛生局】因應國內部分藥品供應不穩定，請會員加強向民眾宣導「處方用藥可以三同藥品替代」

一、為保障民眾用藥權益與健康，避免因部分藥品短缺而影響疾病治療效果：

(一) 醫療機構勿統一於慢性連續處方箋套印「處方箋上全部藥品不得以其他廠牌替代」，應基於個別病人病情需要及藥品供應情形妥適調整。

(二) 藥師依醫師處方調劑，遇有藥品未備或缺乏時，醫師處方之藥品名稱若未註明不可替代之理由，得以同成分、同含量且同劑型之其他廠牌藥品替代，並應告知病人，且將替代藥品清單交付病人轉原處方醫師參考，或於調劑完成後將藥品清單上傳健保醫療資訊雲端查詢系統，以符合藥師法第 17 條之規定。

(三) 倘遇有缺藥情形，請至「藥品供應通報處理中心」(<https://www.mohw.gov.tw/medicine>) 通報，俾便衛生福利部啟動後續缺藥評估、調度分配等因應事宜。

二、另檢附處方用藥可三同替代宣導單張一份(下載途徑:臺中市食品藥物安全處官網>食藥安全教育宣導>藥物宣導>三同藥品是什麼!?)、網址:<https://www.fds.taichung.gov.tw/2461459/post>)，請加強協助向市民宣導我國藥品製造均符合 PIC/S GMP 國際標準，三同藥品之療效及安全性與原廠藥無異。

6 【衛生局】衛生福利部 113 年度醫事人員至原住民族地區開業補助

本案相關「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點、申請書、切結書及注意事項」已公告於衛生局局網(網址:<https://www.health.taichung.gov.tw/26204/Lpsimplelist>)，請逕自下載及參閱使用。

7 【衛生局】為強化本市登革熱監控量能，請醫療院所加強疑似登革熱個案 NS1 抗原快篩採檢及法定傳染病通報，並於每月 10 日前檢據向轄區衛生所申請「113

年臺中市醫療院所 NS1 快篩採檢費核撥方案」核銷

一、本案方案說明如下：

- (一) 執行期間：自 113 年 2 月 1 日起至 113 年 11 月 30 日止，視疫情情況滾動式調整。
- (二) NS1 快篩及血清採檢費用，每一案為新臺幣 200 元。
- (三) 請貴院於執行後列冊，並檢據相關資料於每月 10 日前將核銷清冊送衛生所。
- (四) 轄區衛生所審查後按月函送衛生局辦理經費核銷。

二、請踴躍洽所在地衛生所，加入本市 NS1 合約院所，如經臨床評估發現有登革熱疫區活動史，出現疑似登革熱症狀，或符合疾病管制署登革熱通報定義時，請惠予加強採檢，不論檢驗結果皆應於 24 小時內完成法定傳染病通報，以利及早防治，共同維護民眾健康。

8 【衛生局】轉知內政部修正之「外國人停留居留及永久居留辦法」

為維護外國人權益、兼顧人流管理及符合實務運作所需，通盤檢視旨揭辦法相關規定並修正，其中修正條文第 22 條涉及外國人死亡通報作業，相關規定如下：

- (一) 法院、醫療機構、檢察機關、軍事檢察機關作成外國人之死亡資料後，應以網路分別傳輸司法院、衛生福利部、法務部、國防部，其接獲通報後，應再以網路傳輸內政部，並由移民署辦理登記。
- (二) 前項外國人之死亡資料及其傳輸期限，準用死亡資料通報辦法第二條及第四條規定。

9 【衛生局】衛生福利部疾病管制署庫賈氏病勾稽查詢系統 API (Application Programming Interface) 介接功能已正式上线

有關「衛生福利部疾病管制署勾稽查詢系統管理者權限申請表」、「衛生福利部疾病管制署勾稽查詢資訊系統使用安全聲明」、教育訓練簡報及 API 介接操作手冊等相關文件，已置於衛生局網站(網址:<https://www.health.taichung.gov.tw/>) 首頁>專業服務>傳染病防治>防疫資訊及國際疫情項下，請逕至下載運用。

10 【衛生局】衛生福利部食品藥物管理署委託計畫製作「非癌慢性疼痛照護民眾衛教課程」及「癌症疼痛照護民眾衛教課程」線上影音課程已上架，請惠予參考運用

線上影音檔請至以下網頁路徑，下載運用，並請協助推廣或轉知所屬會員參考運用。

- (一) 「e 等公務園 + 學習平臺」網站(網址:<https://elearn.hrd.gov.tw/mooc/index.php>)，輸入課程名稱關鍵字「疼痛照護民眾衛教」搜尋即可。
- (二) 衛生福利部食品藥物管理署網站(網址:<http://www.fda.gov.tw>)，路徑：首頁點選業務專區>管制藥品>反毒資源專區>線上課程)。

11 【衛生局】為迅速處理醫療暴力事件，敬請會員依說明段配合辦理

一、醫療機構內發生暴力事件時，請務必先行通報當地警察局或派出所，以協助排除或制止暴力事件，並於事後 24 小時內填列通報單，同步傳

真通報衛生局及臺灣臺中地方檢察署。

二、衛生局及臺灣臺中地方檢察署聯絡窗口如下：

- (一) 衛生局聯絡人：
 - 1、王小姐，電話：04-25265394 分機 3777，傳真：04-25278953。
 - 2、林小姐，電話：04-25265394 分機 3232，傳真：04-25155449。
- (二) 臺灣臺中地方檢察署法警室，電話：04-22232311 分機 5700 或 5702，傳真：04-22248705。

三、另為強化橫向聯繫功能，請醫療機構與轄區警察機關建立醫療暴力案件聯繫窗口，如警民連線、通訊錄(110、當地警察局或派出所電話等)或其他類型聯繫窗口，以發揮統合應變能力及快速合作機制。

四、如機構內發生醫療暴力事件，為遏止醫療暴力，請依前開內容配合辦理，以確保醫護人員安全及就診病患權益。

五、檢附本市醫療暴力事件通報單 1 份，請至本會網站(gtma.org.tw/ 業務服務 / 下載資料 / 2024-03-12) 項下下載。

12 【衛生局】衛生福利部社會及家庭署提供育兒指導服務方案與各縣市辦理育兒指導服務聯絡資訊及服務項目一覽表各 1 份供參

旨揭服務方案請至本會網站(gtma.org.tw/ 業務服務 / 下載資料 / 2024-03-13) 項下下載運用。

13 【衛生局】衛生福利部 113 年 3 月 12 日衛部資字第 1132660106 號公告「通訊診察治療辦法第十九條所定中央主管機關認可之資訊安全標準驗證規定」

相關公告事項如下：

(一) 通訊診察治療辦法第十九條第三項規定醫療機構得委託機構、法人、團體或大學建置及管理通訊診療資訊系統，受託機構應通過下列資訊安全標準驗證：

- 1、ISO/CNS 27001：自 113 年 7 月 1 日起。
- 2、ISO/CNS 27701：自 113 年 7 月 1 日起 2 年內增列。

(二) 前項驗證範圍應涵蓋專案開發、支援、實作、維護、管理或操作等相關流程之一，驗證文件應持續有效，且發證單位應為國際認證論壇 (International Accreditation Forum, IAF) 認證機構認可之驗證機構。

14 【衛生局】有關執業登記於本市之醫事人員，配合本市規劃執行公共衛生業務之各類公費疫苗接種 (含本市自購公費疫苗)，視同事先報准，免逐案報備

15 【衛生局】轉知「衛生福利部國民健康署醫療院所執行山地偏鄉離島地區、美沙冬替代療法者及成癮門診及愛滋匿名篩檢 C 型肝炎抗體快篩作業原則」

一、為達 2025 年國家消除 C 肝之目標，國健署採購 C 肝快篩試劑供偏鄉、山地及離島地區民眾、美沙冬替代療法者或其他靜脈藥癮者、愛滋匿名篩檢者等族群使用，消弭檢驗資源不足及不便採血之因素；並提供執行之醫療院所行政協作費，每案 100 元。

二、旨揭作業原則辦理，惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-03-18) 下載。

16 【全聯會】轉知中央健康保險署公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，溯自 113 年 1 月 1 日起生效

旨揭計畫內容惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-01-31) 項下下載。

17 【全聯會】衛生福利部公告修正「醫療機構辦理聘僱外國人從事家庭看護工作之被看護者專業評估方式注意事項」(內含病症暨失能診斷證明書)

一、旨揭注意事項函頒後，該部 95 年 4 月 24 日衛署照字第 0952800729 號函及 110 年 3 月 12 日衛部顧字第 1101960629 號函停止適用；自 112 年 10 月 15 日起，辦理申請聘僱外國人從事家庭看護工作之專業評估注意事項及相關書表格式，請依旨案所訂注意事項辦理。

二、旨揭注意事項詳說明惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-02-01) 項下下載。

18 【全聯會】轉知中央健康保險署公告修訂「113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，並自 113 年 1 月 1 日起生效

旨揭方案惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-02-01) 項下下載。

19 【全聯會】「通訊診察治療辦法」，業經衛生福利部於 113 年 1 月 22 日修正發布

一、本次修正重點如下：

- (一) 新增 5 種特殊情形，包含「慢性病照護

計畫收案病人」、「疾病末期照護」、「矯正機關收容照護」、「行動不便照護」及「災害、傳染病或其他重大變故照護」。

(二) 有條件開放醫師以通訊方式提供醫療服務得以開立處方，以提供更完整的醫療服務。

(三) 增加醫師得透過通訊方式提供之醫療服務項目，包含醫療諮詢、會診、精神科心理治療，以及開立檢查、檢驗單等。

(四) 規範當醫師評估病患情況不適合以通訊提供醫療服務時，可不施行，並建議病人以其他適當方式就醫，以確保病人安全。

(五) 強化通訊診療資通訊技術或設備之資通安全規範。

二、旨揭辦法業置於衛生福利部 (網址: <https://www.mohw.gov.tw/>) 「公告訊息」及「法令規章」項下，請自行下載。

20 【全聯會】轉知衛生福利部中央健康保險署公告修正「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，並自 113 年 1 月 1 日起實施

一、公告事項：旨揭計畫修正內容如下：

(一) 收案條件增列個案派案相關文字。

(二) 收案人數提高至每一診所 500 名；收案對象增列排除透析病人 (含血液透析及腹膜透析)。

(三) 結案條件增列個案收案院所退出本計畫之項目。

(四) 修訂追蹤管理費支付規定「同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師整合性

照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費」。

(五) 獎勵費：

1、調整診所品質獎勵費，前 25% 核付 30,000 點；排序大於 25% 至 50% 核付 15,000 點。

2、調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵 500 點。

3、新增腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費，每一個案獎勵 500 點。

4、調整首次提供戒菸服務之醫師獎勵費為 1,000 元。

(六) 收案評估費、追蹤管理費及年度評估費採固定給付每點 1 元，各項獎勵費則採浮動點值計算。

二、旨揭公告修正詳細內容刊登於本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-02-05) 項下下載。

21 【全聯會】轉知衛生福利部社會及家庭署函知「精神障礙者協作模式服務據點聯絡窗口一覽表」

旨揭協作模式服務據點聯絡窗口一覽表請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2024-02-05) 項下下載。

22 【全聯會】轉知衛生福利部疾病管制署修正之「M 痘防治工作手冊」、「M 痘疫苗 JYNNEOS® 使用及管理方案」及「M 痘口服抗病毒藥物 TPOXX® (tecovirimat) 使用方案」各 1 份

旨揭工作手冊、管理方案、使用方案刊登於本會網

站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 /2024-02-05) 項下，請自行下載。

23 【全聯會】轉知中央健康保險署公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自113年1月1日起實施

公告事項：旨揭計畫修正內容如下：

- 一、新增113年牙醫專款為預算來源及調整醫院、西基專款預算金額。
- 二、除透過健保電子轉診平台開立轉診單，新增可開立紙本轉診單。
- 三、延長轉診及確診報告上傳期限，並調整申報醫令執行時間之認定。

24 【全聯會】有關113年「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」修正之附表2及附表5執行日期，自113年4月1日起適用

為利各級醫事服務機構配合旨案計畫進行院內相關資訊系統調整，所修訂之「附表2『定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—大腸鏡確診結果』」及「附表5『口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單—口腔黏膜病變個案複檢（確診）結果』」內容，訂於113年4月1日起於「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」進行調整，請執行計畫之健保特約醫事服務機構自前開日期起，大腸癌及口腔癌項目依旨案計畫修正之附表2及附表5規範內容進行上傳。

25 【全聯會】國民健康署檢送「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」懶人包一份

旨揭懶人包惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 /2024-02-27) 項下下載。

26 【全聯會】轉知衛生福利部國民健康署「成人預防保健服務教育訓練規定」

- 一、為提升服務品質增進醫師成人預防保健服務相關知能，調整成人預防保健服務教育訓練規定如附件。有關「成人預防保健暨慢性疾病防治資訊系統-成人預防保健服務教育訓練課程專區」已建置完成，於113年3月5日開放執行資格線上課程，另預計於114年1月1日開放繼續教育訓練課程。
- 二、上述附件查閱處，請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 /2024-02-27) 項下下載。

27 【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2月27日以衛部保字第1131260098號令修正發布，自113年3月1日生效

- 一、本次主要依據本年度醫院及牙醫門診總額決定事項，新增西醫特定診療一項、調升牙醫支付標準十五項等。另新增應申請區域醫院評鑑之地區醫院且經評鑑不符合區域醫院者之支付方式。
- 二、旨揭詳細說明，請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 /2024-03-18) 項下下載。

28 【全聯會】財團法人醫藥工業技術發展中心為精進不良品案件品質及提升通報時效，舉辦113年度「藥品不良品通報之獎勵活動」

- 一、活動說明：為精進醫療機構及藥局通報不良品案件品質及鼓勵儘速通報，以避免高風險/高關注不良品影響民眾用藥品質及安全，故於本(113)年度舉辦旨揭活動，將針對不良品通報品質及時效優秀之醫療機構及藥局給予獎勵。
- 二、期間：案件通報日期為113年1月1日至113年11月15日止。
- 三、收案標準：透過「藥品醫療器材食品化粧品上市後品質管理系統」填報「藥品不良品通報」，高風險/高關注通報案件經分級確認且後續調查為廠商製程或運輸過程導致。

29 【全聯會】轉知衛生福利部國民健康署修正戒菸服務補助計畫之「戒菸補助用藥品項與補助基準」

- 一、國健署戒菸服務補助計畫之8項Bupropion HCL類戒菸補助用藥補助額度，調整為健保署113年2月22日健保審字第1130670509號公告之價格。
- 二、檢附國健署列入補助之「戒菸補助用藥品項與補助基準」計28項，該表收錄於「戒菸服務補助計畫」作業須知，已公告於國健署網站（路徑為：首頁>健康主題>健康生活>菸害防制>戒菸服務）。

30 【全聯會】轉知衛生福利部函知成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢補助金額調升為每案370元，並追溯自113年1月1日起生效

- 一、旨揭之經費調升，衛福部將追溯自113年1月1日生效，惟考量醫療院所需行政作業時間，113年1月1日至4月30日(含)期間，仍請

- 以200元申報，差額由衛福部國民健康署依據各院所113年核銷資料及檢驗結果上傳資料，產製補付名單請健保署協助補付；因補付涉二署之檢核作業，預計於114年完成補付。
- 二、113年5月1日(含)起，請申報單位調整申報金額為每案370元，未依限修正者，將以200元申報金額核付。

31 【全聯會】轉知衛生福利部業於113年3月4日以1131660861號函公告停止適用前行政院衛生署99年6月21日衛署醫字第0990208572號公告「醫療機構收取掛號費之參考範圍」

掛號費雖屬行政管理費用，惟為維護民眾就醫權益，並促進資訊公開透明，以利民眾選擇，各醫療機構仍應將所訂之掛號費收費額於機構明顯處張貼與標示，以周知病人。另地方衛生主管機關為協助民眾了解掛號費調整情形，得請轄內醫療機構將其掛號費調整情形，陳報於該管機關知悉。

32 【全聯會】檢送衛生福利部修正「醫療費用收費標準核定作業參考原則」第三點、第五點、第七點及第五點第二項附件1份

旨揭原則修正後全文，請至衛生福利部法規檢索系統（網址：<https://mohlaw.mohw.gov.tw/>）查詢下載。

33 【全聯會】轉知衛生福利部國民健康署函知113年符合該署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」規定，得辦理「成人預防保健服務」

項目之醫事檢驗機構名單

旨揭 113 年度辦理「成人預防保健服務」項目之醫事檢驗機構符合名單，請至本會網站 (gtma.org.tw/最新消息 / 公佈欄 / 2024-03-18) 項下下載。

34 【全聯會】轉知衛生福利部中央健康保險署有關西醫基層總額部門醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額恢復原計算方式案，自 113 年 3 月 15 日起適用

旨揭暫付及核定每點金額訂定原則，自 113 年 3 月 15 日起恢復依該署 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告辦理。

35 【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）

36 【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。

37 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) 食品藥物消費者知識服務網站 (網址 :<http://consumer.fda.gov.tw/>) > 產品回收。
- (三) 臺中市政府衛生局首頁 (<http://www.health.taichung.gov.tw/>) > 醫療院所交流平台 > 食品藥物管理科。請各院所配合相關藥品回收。
- (四) 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。
- (五) 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>) 或各類月報表查詢系統可供下載或查詢 (<http://www.fda.gov.tw/MLMS/H0008.aspx>)。



◎ 文 / 童綜合醫院 吳肇鑫 醫療副院長

新世代的醫學生需要什麼樣的醫法倫課程？



吳肇鑫 醫師

中興大學，在台灣中部是首屈一指的國立大學。創校至今超過百年，在多方期盼及努力下，終於在 2022 年成功新設學士後醫學系及醫學院，也成為中台灣唯一有醫學院的國立大學。

童綜合醫院及另外三家教學醫院，隨即與國立中興大學展開密切合作，積極投入臨床醫學師資、開展跨領域學術研究、結合特色醫療生技產業，我們有信心很快就可以為國家培養更多兼具醫術及醫德的「醫者」。眾人皆知醫師國家考試上榜者即可順利取得醫師證書，但是「醫者仁心」，通過人文關懷、倫理素養及進階臨床醫學的考驗，醫師才真正夠格被尊稱為「醫者」！

第一屆的中興大學學士後醫學系公費生招生名額有 23 名同學，在 2022 年順利入學。筆者很榮幸受聘為助理教授及醫學人文課程的課程總召，並在 2023 年擔任後醫系二年級醫學法律與倫理的課程教師。接到這個任務後，我開始戰戰兢兢地思考到底可以帶給這些新世代的醫學生什麼樣的醫法倫課程？我已經在臨床工作第 27 個年頭，專業的醫學領域，有不斷地熱心師長及前輩們指導帶領，雖然辛苦些，總是一條比較不會徬徨的道路。但若涉及醫學人文、倫理及法律的拔河，往往是成為醫師後經常困惑、疑慮、鬱悶、甚至揪心的職場困境。成長過程中我也常求助無門，百般思索也常得不到解方。幸運的是從 2003 年進入東海大學法律研究所研修法律碩士及後來的博士學位後，雖然離「從心所欲不逾矩」的境界仍有一大段距離，但已經可以從搜尋相關文章、書籍研讀、諮詢師長、互動討論...，慢慢整理出相應的適當對策。後醫系的課程已經相當繁重，我的心願是透過課程的安排，可以讓這些新世代的醫學生少走一些冤枉路，有效率的抓住醫學法律倫理重要的「眉角」。

舉例來說，透過教科書舉例及新聞案例的討論，同學們可以逐步了解醫療行為具有私密及風險的特性；最重要的醫學倫理四項原則，包括尊重自主、行善、不傷害及正義，如何落實到個案的思辯；希波克拉底誓詞、紐倫堡守則、赫爾辛基宣言，絕不僅為束諸高閣的歷史，而是應該奉為行醫及研究生涯的圭臬；另外，最近親屬的同意權及醫療委任代理人如果意見不一致，醫療人員該如何處置；病人最大（最佳）利益應如何定義及協助病人主張；安樂死議題的無奈與矛盾；當然還有最困擾醫師們的醫療糾紛及醫療暴力...，我們都希望可以與同學們分享觀點及互動討論。

學無止境、教學相長！半個多學期來和同學們的雙向學習，感受到年青一代即將承擔責任的熱忱求知慾，讓我也深感獲益良多。期待未來這一批新世代進入職場時，廉頗老矣的我也要拜託他們多多關照！

公會活動花絮

1 113年01月28日舉辦1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：美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司
主持人：魏重耀 理事長、邱國樑 常務理事

第一堂

題目：新世代肺炎鏈球菌疫苗

講師：中山醫學大學附設醫院 顏啟華 主任

課程結論

免疫負債攀高峰，肺炎是流感併發重症的原因之一，WHO 列為「超級細菌」的侵襲性肺炎鏈球菌也來勢洶洶！

細菌性肺炎是引起流感併發重症與死亡的主要原因之一，不僅老人，慢性病族群也是高好發族群。

肺炎鏈球菌當中血清型 3 具高侵襲性，其莢膜較為特殊，比其他血清型厚，可以對抗免疫細胞的吞噬作用。2008 年至今，肺炎鏈球菌血清型 3 仍佔台灣成人侵襲性肺炎鏈球菌感染症約 10%。

不僅老年人易感染，患有慢性病、癌症的高風險族群，演變重症與死亡比例也會提高。建議積極依醫囑接種疫苗預防。

台灣流感併發重症個案中 20-64 歲佔比高達約 4 成。每年流感在全球可引發約 300-500 萬的併發重症案例。今年冬季「多病毒齊發」，國內解封後流感重症大幅增加，數據驚人。統計資料指出，2022 年 1 月至今的流感併發重症個案中，20 至 64 歲佔比高達約 40%。

65 歲以下的高風險慢性病族群尚無公費補助，美國 ACIP 建議 19-64 歲高風險族群依醫囑自費施打肺炎鏈球菌疫苗。為達到雙重防護，衛生福利部建議「左流右肺」同時施打，10 月已開放 65 歲以上長者接種流感與肺炎鏈球菌公費疫苗。至於 65 歲以下的高風險慢性病族群尚無補助，美國 ACIP 建議 19-64 歲高危險群依醫囑接種肺炎鏈球菌疫苗，可先施打 1 劑 15 價肺炎鏈球菌結合型疫苗，間隔 8 周再接種 1 劑 23 價多醣體疫苗，幫助提升保護力，達到更良好的預防。

現行核准的肺炎鏈球菌疫苗有 3 種：最新型 15 價結合型疫苗 (PCV15)、13 價結合型疫苗 (PCV13) 以及 23 價多醣體疫苗 (PPSV23) 可供民眾選擇。18 到 64 歲的慢性病族群風險高。肺炎鏈球菌 15 價結合型疫苗相較 PCV13 額外涵蓋了血清型 22F 及 33F，可主動提醒民眾安排接種計畫。



顏啟華 醫師

第二堂

題目：把握「三不一要」遠離頭頸癌，HPV 與口咽癌

講師：中山醫學大學 莊俊義 教授

課程結論

口腔癌的發生與吸菸、飲酒、嚼檳榔有極大關係，同時有這 3 種習慣的人得口腔癌的機率高出常人約 123 倍。

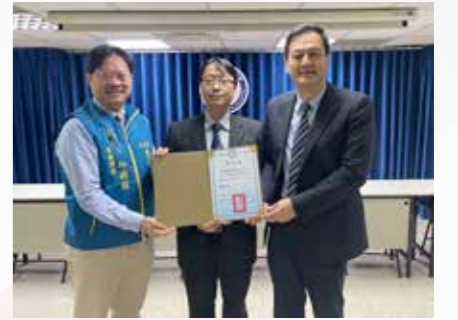
HPV 相關頭頸癌發生率近年來逐漸上升，美國的 HPV 相關口咽癌新增案例數已在 2020 年超越子宮頸癌，英國、丹麥許多國家亦有類似現象。

根據本土研究，HPV 口腔感染男性是女性的 1.3 倍，引發的頭頸癌，男生是女生的 9 倍。

2017 年，美國國衛院曾調查，美國男性感染 HPV 達 45.2%，高於女性 39.9%，並會反覆感染。歐洲癌症組織早在其聲明中，把「2030 年前，不分男女性，HPV 疫苗接種率達成全體的 90%」訂為首要目標！！

HPV 疫苗不只是子宮頸癌疫苗，更可以降低外陰、陰道、肛門部位及口咽與其他頭頸部位的癌症風險。目前 HPV 引起的口咽癌個案數，在英美及台灣，近年都已超過子宮頸癌個案數，且好發於男性，預防 HPV 相關癌症的疫苗注射，是男女都須要的，而非女性的專屬疫苗，世界衛生組織 (WHO) 中有 56 個會員國採取兩性共同施打 HPV 疫苗政策。

我們主動開口提醒民眾接種 HPV 疫苗，有助於提升民眾接種意願，您簡單的一句話，幫助男性、女性遠離未來罹癌風險。



莊俊義 教授

第三堂

題目：脊髓損傷後肢體癱瘓：間質幹細胞治療 - 短中期效果

講師：光田綜合醫院 陳子勇 院長

課程大綱

脊髓屬中樞神經系統，完全損傷後，損傷部位以下之力量和感覺將無法再生，政府在 110 年公布特管法，臨床上可以間質幹細胞來治療脊髓損傷患者；間質幹細胞可在頸胸椎脊髓損傷部位周圍提供神經修復及再生的微環境，配合積極復健、藥物、營養品，可讓脊損患者更快的學會自我照顧能力。頸椎與胸椎脊髓損傷患者的進步目標不同，頸椎損傷患者目標為增加上肢活動力、自行翻身、進食及自主坐立的能力；胸椎損傷患者目標為自行移位、穿戴輔具、以助行器行走、控制大小便等。目前我們治療中的十三位病人（八位胸椎及五位頸椎患者）皆朝目標邁進，更有病人可以完全不需要旁人協助自我照顧。這些病人在接受細胞治療以前皆已復健超過一年而無明顯進步，可見間質幹細胞對受損神經再生有一定的效果，軀幹的感覺測試治療有呈現 2-6 脊椎節段的進步成果，6 個多月療程結束後病人的自我照顧能力與核心肌群的控制力皆持續進步，有些病人甚至進行第二輪療程，從 112 年 11 月起加了三位病患接受自體間質幹細胞治療，相信在不久的未來，除了以幹細胞治療為基礎，輔佐復健、中醫、藥物、電刺激等合併治療下，脊髓損傷病患絕對會有自主生活照顧的機會。



陳子勇 院長

2 113年03月03日舉辦3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：衛生福利部豐原醫院

主持人：曹承榮 理事、劉益坊 主任

第一堂

題目：男性睪固酮低下之中西醫治療方針

講師：衛生福利部豐原醫院 葉信甫 醫師

課程結論

男性睪固酮低下 (hypogonadism) 或睪固酮缺乏症候群 (testosterone deficiency syndrome, TDS)，是由於睪丸無法產生足夠的雄性激素而導致的。患者由於體內的睪固酮數值較低，臨床上常出現疲勞、勃起功能障礙和代謝症候群等症狀。通常 40 歲以後的男性，睪固酮會以每年 1-2% 的速率逐漸下

降，據統計，45 歲以上的男性有將近四成的睪固酮濃度不足，而老年男性雄性激素缺乏症 (androgen deficiency of the aging male, ADAM) 是繼發性性腺功能減退症的主要原因。性腺功能減退症患者不僅性功能和身體組成發生變化，有時甚至連認知和代謝功能也會發生改變。在診斷方面，台灣目前以有臨床症狀且睪固酮數值小於 350ng/dl 作為主要診斷依據。在治療上，睪固酮替代療法 (testosterone replacement therapy, TRT) 的目標是將荷爾蒙水平恢復到正常範圍，並減輕睪固酮缺乏的症狀。目前有長效、中效針劑，也有口服、凝膠、鼻噴劑等等不同劑型可供各類患者使用。

而在補充療法方面，中醫對於男科疾病的討論有著悠久的歷史，古代中醫典籍中也大量記載了各種治療方法。即便在科學化的現代，坊間仍有各式各樣補腎壯陽的中草藥流傳市面，並且被世界各地的人們所使用著。本次演講有簡單介紹諸如葫蘆巴、淫羊藿等中藥西化的商品，其他諸如東格阿里、刺蒺藜、巴西梔楨木、瑪卡等地方草藥，以及左歸丸、右歸丸等常見的中藥補腎方劑。

第二堂

題目：肺炎黴漿菌的診斷與治療

講師：衛生福利部豐原醫院 黃仔均 醫師

課程結論

肺炎黴漿菌是一種非典型的細菌，是目前已知最小的且可自行繁殖的病原體，以唾液飛沫和鼻腔分泌物接觸傳染。此病的傳播期及潛伏期長，約 1-4 週，在台灣一年四季均有病例報告，好發在春、夏交際及秋天，以 3-15 歲學齡兒童為主要感染群體，在兒童社區型肺炎病原體統計比例，僅次於肺炎鏈球菌，排名第二。

黴漿菌肺炎感染可以從毫無症狀，到上呼吸道感染、咽炎、肺炎，甚至侵犯中樞神經、肝臟、腸胃道、



◀ 葉信甫 醫師



◀ 黃仔均 醫師

腎臟、皮膚等其他器官。實驗室診斷常見以血清學檢驗 IgM、IgG 及呼吸道病原體核酸檢測兩種方式為主，然而血清抗體產生有延遲性且會在血清中持續數個月到半年以上，不建議以單次檢驗結果 (IgM and IgG) 來確立診斷；呼吸道病原體核酸檢測雖然即時，然而價格昂貴且無法排除無症狀帶原者族群。因此，黴漿菌的診斷需根據病人族群、臨床症狀、合併實驗室檢查進行綜合評估，減少過度診斷。

大部分的黴漿菌肺炎都屬輕微，不需過分使用抗生素藥物治療，若懷疑非典型肺炎時，主要以抗生素 Macrolides 類 (Azithromycin) 治療，近年來抗藥性黴漿菌的比例有逐漸升高，若使用 macrolides 48 至 72 小時之後仍持續發燒或出現呼吸窘迫，需考慮抗藥性黴漿菌的可能，建議送醫院確定診斷，再考慮使用 doxycycline 或 fluoroquinolone 等替代藥物治療。

新冠肺炎疫情之後，在全球各地陸陸續續開始有肺炎黴漿菌流行的趨勢，雖然在台灣地區目前仍是低度流行，但仍不可小覷。

第三堂

題目：小腸腸阻塞病患罕見案例分享

講師：衛生福利部豐原醫院 吳高明 醫師

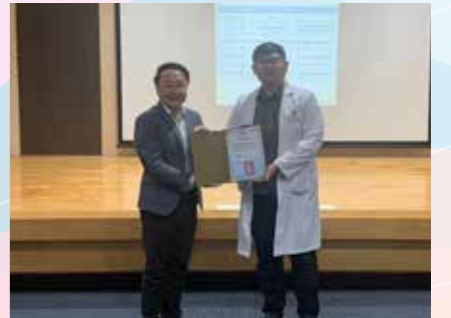
課程結論

隨著台灣進入高齡化社會，生活壓力、飲食西化、生活型態、運動量不足、器官老化，皆是腸道老化的危險因子。本次分享案例為糞石阻塞導致的小腸阻塞。

糞石 (bezoar) 是胃腸道中滯留的難消化異物，最常積聚在胃中。糞石阻塞 吳高明 醫師 佔機械性腸阻塞病因的 0.4%-4.8%，可位於胃腸道的任何部位，但胃是最常見的部位。常見症狀為腹痛和腹脹、噁心嘔吐、厭食和吞嚥困難，甚至便秘。

外科手術移除糞石，是目前糞石導致腸道阻塞時最常使用的治療方式。此次小腸糞石阻塞的病人，有腹脹不適及噁心嘔吐等症狀，初期以禁食及內科藥物治療為主，顧及病患不願接受開刀治療，故採取過去文獻曾多次提出，且在臨床上使用已久的一種「非正統療法」，以口服可口可樂的方式溶解糞石。可口可樂溶解植物石的作用機轉尚不明確。但已知可口可樂中的碳酸氫鈉具有黏液溶解作用，二氧化碳氣泡滲透到糞石中，可使食團變得鬆散，被認為可以幫助消化成團的纖維。可口可樂的 pH 值為 2.6，並且含有磷酸和碳酸。此 pH 值接近正常胃分泌物的 pH 值 (pH 值 1-2)。根據研究顯示，如果選用可口可樂治療糞石阻塞的病人，建議必須以頻繁、大量的給予方式，而糖尿病病人則可使用零卡或低卡的配方。

胃腸糞石形成被認為是由於腸蠕動不足或停滯所致。這種停滯會改變細菌菌群並促進細菌生長，細菌可能會將膽酸轉化為不溶性脫氧膽酸，而腸腔內未結合膽汁酸的沉澱會導致結石形成。所以糞石形成與飲食習慣及生活習慣息息相關，病人若有糖尿病，又有牙周病致牙口不好，咀嚼能力差，皆可造成消化不良，除了衛教口腔牙齒保健的重要性外，加強飲食衛教，飲食應以軟質易消化食物為主，葉菜類也應切小段或煮得軟爛為宜，同時糖尿病患也要搭配糖尿病的飲食原則，依國健局的建議，成人每日的水分攝取應大於 2000ml，養成每日定時排便的習慣，避免糞石的產生。



◀ 吳高明 醫師

3 113年2月18日召開第四屆第四次理監事聯席會議



4 113年2月20日龍井大肚沙鹿醫療群學術研討會及聯誼會



5 113年3月12日龍井大肚沙鹿醫療群學術研討會及聯誼會



醫師夫人聯誼會 ©文/莊瓊瑤 (王榮輝醫師夫人)

雲林海岸村恰恰恰



王榮輝醫師賢伉儷

樂活組 1130313 雲林海岸村恰恰恰旅遊活動，感謝組長秋儒、副組長文櫻 麗玲的用心與貼心，也謝謝在地蘊育的美女 - 秀芳帶領我們旅讀 * 箔子寮 * 漁村，細品烏金故鄉的美～緩緩走讀，發現純樸幽靜的漁村，轉型藝術 3D 彩繪「箔子寮 喔熊藝術村」藝術的創意彩繪隱藏著故事與美好～在地的秘境海灘、枯木林池，令人驚艷到以為置身於月曆的國外美景 - 秘境林池宛如「北海道青池」，沉入清澈水中的枯木景緻 媲美四川的九寨溝美麗的海灘宛如澳洲的黃金海岸～驚見台灣的美無處不在，就等我們尋幽探訪呢。走訪古都北

港小鎮 - 百年老店 - 日興堂難忘深刻的古早味琳瑯滿目，美食的地圖，我選擇了停不下手的好滋味 - 花生嫩姥、松芝玉傳統大餅～另也尋禮供奉白玉觀音的細膩精巧典雅質樸的寧濟御園山水文化園區，以及台灣鯛生態創意園區，其為全台灣第一座以國寶魚 - 『台灣鯛』為主題的觀光工廠。介紹台灣鯛的演進與生態外，也展示從傳統到科技智能 AI 養殖的過程，結合在地產業及觀光美食，讓遊客有豐富多元完整的體驗。

串串的美好，讓我們回味無窮。再次感謝樂活組的用心與貼心～快樂的旅遊，因為有妳們～





Happy Birthday

大臺中醫師公會會員壽星生日快樂榜

祝本會會員4月份壽星快樂

王妙娟	王家良	王弼慧	王晴玉	王榮祿	王維弘	王儷燕	田台強	朱志方	江鉅源
何孟哲	何宜豪	余冠旻	余興焜	吳志正	吳肇鑫	吳銘鋹	吳鳳旗	呂明洲	呂皇璋
呂淑蘭	宋英聖	李永康	李立文	李俊毅	李冠儀	李清榮	李清課	李勳華	李新方
李曉筠	杜清俊	沈文麟	辛志寬	卓裕森	周偉強	周肇銘	周曉竺	林宏毅	林宏懋
林宗文	林宗昌	林明賢	林信宏	林春雄	林柔均	林炯彰	林炳勳	林茂仁	林家名
林振強	林書漢	林益聖	林群凱	林群博	邱仲義	邱聖芳	施育彤	段魯豐	洪士明
洪琬瑜	洪聖智	胡家瑜	胡蔚祥	徐正吉	徐偉倫	徐錫欽	高崇智	高惠芬	張立諺
張威儀	張家豪	張家豪	張凱性	張華倫	張鈺隆	曹唐義	莊文慧	莊啟明	莊毓峰
許永信	許煥澤	郭幸地	郭怡婷	陳大期	陳之政	陳天乙	陳文章	陳巧萍	陳志峰
陳孟德	陳拓安	陳明澤	陳俊宏	陳俊男	陳品樺	陳政玄	陳敏隆	陳煥升	陳震南
陳錫珍	陳穩焜	陳鵬安	傅柏蒼	彭正明	溫馨喬	游永福	程建中	馮超傑	黃二榮
黃子瑄	黃怡璽	黃建文	黃梓榕	黃煒軒	黃獻宏	楊旭峰	楊偉杰	楊得銘	楊清鎮
楊景暉	楊超名	楊雅玲	楊裕基	楊韻秋	葉政男	詹益昌	雷紫瑄	廖昌彥	廖嘉稜
管宏慧	劉士傑	劉玉麒	劉邦丞	劉煒翔	劉濬漳	潘日昇	蔡仁惠	蔡孔文	蔡育霖
蔡佳宏	蔡宗佑	蔡忠霖	蔡昀辰	蔡景晴	蔡嘉富	鄭向帆	鄭俊明	鄭凌寶	魯成旭
蕭伊莉	蕭維鈞	賴仁涼	賴武賢	賴慶鴻	戴明勳	戴啟訓	薛冠群	謝仁慈	謝承祐
謝昌昇	謝俊雄	謝政昇	鍾政澤	顏正評	魏國楨	羅中平	羅仟皓	嚴元鴻	嚴元鴻
蘇希洵									

祝本會會員5月份壽星快樂

王少君	王文志	王仲邦	王佩瓊	王柏政	王偉煜	王健合	王晴輝	王發財	王瑞興
王萬龍	王燕生	王馨範	古育瑄	朱亞琮	江均生	江培業	吳中興	吳仁光	吳宜璋
吳松堃	吳政庭	呂智勝	宋禮安	李之齡	李如柏	李志培	李育豪	李良	李典銀
李宜軒	李岳	李明峯	李東安	李芳材	李俞融	李裕洲	李應紹	李儼庭	辛大偉
卓瑞祈	周中幸	周芳如	周賢坤	林中升	林北江	林兆平	林余安	林志隆	林技政
林奇模	林孟德	林孟頌	林宜民	林明璋	林柏松	林釗尚	林國寅	林景斌	林舜盟
林雅芬	林裴渝	金正詔	涂敏謙	姚嘉昌	施斌華	施膺泰	施懿恩	洪國諭	洪智仁
洪菖西	胡家豪	胡國祥	茅亞華	夏瑋澤	徐兆奎	翁聖智	馬國穎	馬維君	高永銘
康訓銘	張永玲	張明群	張家昇	張峰碩	張偉俊	張崇德	張敏威	張瑞林	張榮凱
張耀中	梁世昕	莊宏洋	莊淳鈞	許焯松	許淑埜	許竣雄	郭勁甫	陳世倫	陳平鏘
陳君禮	陳宏猷	陳宏賓	陳志明	陳志強	陳怡如	陳怡如	陳明雍	陳信榮	陳建良
陳建祥	陳美舒	陳振邦	陳浩業	陳國書	陳國榮	陳富治	陳温策	陳筆政	陳滄淇
陳穎中	陳鴻維	傅穎婷	喻大久	彭馨儀	温亭虹	游人達	游振國	童敏哲	黃伯仁
黃建霖	黃致仰	黃致祥	黃健源	黃婷鈺	黃湘雄	黃琮瑜	黃敬棟	黃聖凱	黃銘傳
楊文澤	楊仕屹	楊金城	楊洵	楊斯榕	楊智鈞	楊榮權	楊聰鎰	葉芳青	葉神靈
葉運強	詹大慶	詹凱勝	廖光福	廖俊正	廖俊銘	熊國麟	趙國宏	劉金龍	劉俊欣
劉彥宏	劉益坊	劉祐全	劉耿僚	劉銘郎	劉興忠	蔡文凱	蔡丞峻	蔡孝祺	蔡宏志
蔡佩娟	蔡宗益	蔡宗訓	蔡尚軒	蔡迎曦	蔡致平	蔡瑋琳	蔡瑞興	蔡嘉修	鄭明中
鄭昭弘	鄭涵心	鄭淑貞	鄭銳	盧立華	蕭其航	蕭芸嶙	賴又華	賴世昌	賴炳村
錢新南	謝旻晃	謝明翰	謝雅琪	謝錦松	鍾錫權	鍾禮道	瞿子翔	簡芳林	藍旻璋
羅啟和	羅淑方	羅勝哲	蘇王潭	蘇棋楓	蘇愛玲	蘇新安	蘇碩凱	蘇劍生	