



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



1·2

月號

2023 JAN & FEB NO.180

【理事長的話】

診所檢驗(查)結果上傳·有適法性、資安等疑義
診所、醫院有分級·不該一概比照·別讓醫師耗費在行政作業
視訊診療增5類·無法觸診恐生糾紛·應擬法配套
醫療法82條修法滿5年·後續效應探討

【醫壇時論】

有關點值、業務所得、總額三個迷思



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



大臺中醫師情

2023 JAN & FEB NO.180

封面簡介

大臺中醫師流行爵士樂團

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
劉兆平、陸盛力、蔡振生、柯昇志
陳彥鈞、蔡高頌、王維弘、楊智欽
徐正吉

秘書處暨公關事務委員會
秘書長&主委／黃健郎
副秘書長
顏炳煌、陳俊宏、黃致仰、蔡牧樵
王維弘、楊智欽、蔡振生、吳肇鑫
蔡孟軒、徐正吉、陳彥鈞、蔡高頌
林牧熹、林德祺、林昌宏、張家築
詹益旺、楊啟坤

工作委員會
醫政及基層委員會主委／林釗尚
醫療事業委員會主委／林宜民
倫理紀律委員會主委／林啓忠
醫事法規委員會主委／藍毅生
學術委員會主委／邱國樑
文康福祉委員會主委／王榮輝
編審與網站管理委員會／管灶祥
醫院事務主委／董敏哲
長照推動委員會主委／陳俊宏
分級醫療推動委員會主委／黃錫鑫

各區聯誼會會長
豐原區／楊智欽 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／洪國諭 大肚區／賴廷昀
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
傅姿溶、楊珮君、詹舒涵、潘以安

本期目錄 CONTENTS

理事長的話

- 03 診所檢驗(查)結果上傳·有適法性、資安等疑義
診所、醫院有分級·不該一概比照·別讓醫師耗費在行政作業
視訊診療增5類·無法觸診恐生糾紛·應擬法配套
醫療法82條修法滿5年·後續效應探討

醫事新訊

- 11 醫事新訊
14 COVID-19相關訊息轉知專區

醫壇時論

- 16 有關點值、業務所得、總額三個迷思 文／黃致仰 理事

會員園地

- 18 公會活動花絮
25 訊息公告
26 美麗見證，榮耀傳承—第十一屆醫師夫人聯誼會會長交接典禮記實
文／山線分會長 呂明娟



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



社團法人臺中市大臺中醫師公會
魏重耀 理事長

醫療法第82條修正施行後現況及探討

理事長的話 | The Chairman's Letter

診所檢驗(查)結果上傳·有適法性、資安等疑義
診所、醫院有分級·不該一概比照·別讓醫師耗費在行政作業
視訊診療增5類·無法觸診恐生糾紛·應擬法配套
醫療法82條修法滿5年·後續效應探討

各位敬愛的會員前輩、好夥伴們，大家好！：

在春寒料峭中迎來春節長假，地球暖化之下的乍暖還寒，也逗弄著美麗寶島花開處處。新冠疫情消退的態勢下，迎向新的一年，不管願不願意，還是要邁向不停更迭的新的世界。不變的是，醫師堅守崗位，維護民眾健康的服務，持續提升，精益求精。

112/1/11 市政府防疫會議

公會林釗尚副理事長、診協何鐘德理事代表出席、整理：

1. 確診後不再需要間隔3個月，即可施打新冠疫苗。
2. 已完成基礎劑二劑後，間隔>3個月即可再施打，不限劑次。
3. 台灣目前主流是BA.5但需注意，XBB這個病毒株RO值可以到16，傳染力驚人，在美國約20%，台灣目前尚少。
4. mRNA疫苗防護力大約3到6個月之後就大幅下降，所以建議追加施打疫苗。
5. 第一代的疫苗包括莫德納bnt等等對XBB效果不佳，所以建議打完基礎劑之後，盡量改打莫德納次世代疫苗，尤其是65歲以上，將於1月份再開快打站？

6. 大陸解禁，開放國門，落地採檢陽性率約 20 幾 %，春節返鄉潮有可能帶來另外一波疫情高峰。
7. 春節期間，有協調各地區都能有院所開診，但大年初一能開診者較少，可考慮與鄰近藥局配合。
8. 建言：小三通已開放，由大陸往來台中地區人數會增多，請加強機場或港埠的防疫。
9. 流感疫苗中央配撥以及市政府購買的皆已全數打完，但市府有跟別縣市調撥到少量，若有民眾有需求可到衛生所詢問施打，但只有少量。
10. 對安養機構目前的規範只有每週需快篩兩次，並沒有限制一定要打滿幾劑疫苗才能入住。

健保資料外洩·法律學者：有具體危險

健保署日前發生查詢民眾個資疑似外洩。為何徵信社和犯罪集團對健保資料感興趣？政大法學院副教授劉宏恩表示：「健保資料外洩不純粹只是隱私的問題，其實是有其他具體危險的。很多律師或是債權人委託的徵信業者應該都知道：健保資料是很有用的。例如用來追蹤跑路的債務人非常有價值，因為台灣健保十分方便，民眾就醫通常會在自己目前的生活圈附近就醫，而且可能會定期回診或定期拿藥，掌握健保就醫記錄就可以更容易追蹤到跑路的債務人。同樣的，一個犯罪人如果想要去抓回逃離他魔掌的被害人，他也可以透過健保資料去追蹤到。健保資料外洩只是隱私問題而已，是有其他具體危險的。」

檢驗(查)結果上傳·有適法性、資安等疑義

中華民國醫師公會全國聯合會聲明 112.1.19：

憑證管理辦法規定檢驗(查)上傳，仍有適法性疑義，本會建議不宜貿然施行。近日中央健保署以「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」(下稱憑證管理辦法)部分條文修正，規定醫事服務機構應上傳檢驗(查)結果、醫療檢查影像及影像報告、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定應上傳項目，本會多位幹部表示因事涉諸多會員權益，在適法性依據未釐清前，務必積極向該署表達本會反對貿然推動的立場。

本會自知悉相關政策開始，第一時間於 111 年 8 月 25 日即函文健保署表達反對意見，後續更召開多次會議併案討論(111 年 10 月 18 日召開健保部分負擔討論會議、111 年 10 月 23 日召開醫療相關法案專案小組會議、111 年 11 月 27 日召開身心障礙者權益保障法事案小組會議及 112 年 1 月 18 日召開研議憑證管理辦法修正後實施檢驗(查)上傳事宜特別小組會議)，以因應研討相關政策本會之立場及對策。

健保傳出重大資安事故·先應升級確保全民個資隱私

本會依前述會議結論於 111 年 11 月 2 日及 112 年 1 月 6 日再函該署數度表達相關疑慮，自始至終本會皆建議不宜貿然施行，惟該署仍逕行推動相關政策，本會深深認為不妥。檢驗(查)結果均為病人個人資料病歷，醫事服務機構本有法定保存義務，主管機關貿然以行政命令，強加我務於醫事服務機構，要求醫事服務機構提供病人之敏感個資予行政機關，實有違行政機關之法定職權。上傳資料越多造成疑慮風險越高，日前該署傳出重大資安事故，本會反對在安全配套機制沒有升級的情況下，要求醫事服務機構執行讓國人醫療資訊可能被暴露的高風險政策，對全民可能造成更大傷害。建議該署應全面檢視資訊上傳雲端對人民資訊安全之保障措施，必須有充分的確保制度與監理制度，並保證全體國民隱私，方能研擬政策與落實執行。

反對以行政命令強行實施·應依法行政

查全民健康保險法、及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等規定，檢驗(查)結果上傳，

並非醫事服務機構申報健保費用之法定義務項目。現今該署貿然以憑證管理辦法之行政命令據以規範，且其結果涉及醫事服務機構違約處及費用核付等不利益之法律效果，已違反法律保留原則，將造成適法性更大疑慮。本會再次重申行政機關對於法令政策之推行，仍應遵守依法行政原則，特別針對有影響人民不利益的爭議性政策，應重新審慎思考政策施行如何兼顧更完備的適法性依據。

診所、醫院分級差異·不該一概比照

又考量醫療機構層級及科別的多樣性，尤其如基層診所在人力、設備、資源方面皆與醫院層級有差異，建議以鼓勵且更合理的方式執行，不宜強制推行相關政策，才能保障民眾醫療權益，同時建構合理的醫療執業環境，且避免日後造成違憲情況發生或引發其他風險。

期許新健保署長·別讓醫師花時間在行政作業

內閣人事異動，衛福部長薛瑞元留任，而健保署長將由現任衛福部次長石崇良接任。對此，大台中基層診所醫師疾呼，希望新署長能改變最近要求診所比照大醫院把所有檢驗(查)結果都上傳雲端的作法，讓醫師將大部分時間用在看病照顧病人，而不再是處理行政作業，這是他們對新署長的期待。要診所比照有資訊室的大醫院處理檢驗(查)、病理等結果資料上傳，對基層診所的確是一大負擔。而且原本健保署要求基層診所去年 9 月就必須把檢驗(查)結果資料上傳，否則健保就不給付，許多基層診所至今仍做不到。

診所做的檢驗檢查都是驗血、驗尿和超音波等小檢查，講究的是立即性，得知結果可以立即處理，若有需要才再轉診至大醫院，這就是分級醫療的精神。基層診所人力配置不如大醫院，醫院像是 X 光、MRI 等檢查都具保留價值，並有專人上傳雲端，但診所一項檢查不過 50 元，等處理好了，資料再上傳，已不具意義；要求每項資料都上傳，只是徒增診所困擾，也沒有必要。

資訊系統業者也難配合達成

而且，為了配合健保署，基層診所費盡力氣想要提升電腦設備、擴充容量，但電腦公司卻說依健保署的上傳規定，目前沒有那樣的軟體，而且診所那麼多，也難在短時間內大家都升級。

基層診所的規模比醫院小，人力也有限，無法比照大醫院，近來許多診所員工為了被要求資料上傳，都喊著說要離職了，醫師為了留人也費盡心力。一位婦產科李醫師語重心長的說，台灣醫師都在浪費時間處理健保行政作業，希望將來健保署長能讓醫師將大部分時間用在看病照顧病人，而不再是處理行政作業。

視訊診療增 5 類·慢性病、安寧病人也適用

新冠肺炎帶動了視訊診療的發展，衛福部上月完成《通訊診察治療辦法》修正草案預告，將適用對象擴大，包括慢性病患、安寧病人、行動不便者、傳染病和災害對象、旅外國人均適用。未來，慢性病患不見得要 3 個月回診 1 次，安寧病人不必苦等醫師上門，災民交通中斷時可及時獲得幫助，旅外國人也可諮詢國內醫師的建議。草案 1 月底預告期滿，最快 2 月上路。

衛福部次長石崇良表示，此次修法新增對象有 5 大類，包括慢性病、末期照護、行動不便、傳染病及重大災害，以及國際醫療對象。其中，人數最多的是慢性病患，過去常仰賴家屬代拿藥，但未來可藉由視訊診療，必要時即時監測血壓血糖，不見得要等 3 個月才回診，透過視訊診療就能即時指導並調整藥物。

末期照護方面，石崇良表示：「安寧病人不見得通通希望住院到臨終，在居家安寧期間，仍需要醫療團隊的

協助。然而，醫療團隊成本有限，不可能隨傳隨到，導入視訊診療就能即時協助。而行動不便的患者，如臥床、使用呼吸器的病人，外出並不方便，過去都仰賴家屬代拿藥、代描述病情，若採視訊診療，醫師就能看到病人，比家屬口述更好；至於傳染病或重大災害的對象，則包括 5 類法定傳染病感染者，以及地震、火災等受災戶。災害發生時，交通可能中斷，未來可透過視訊給予協助，並以空運送藥，突破空間限制。」

國際醫療方面，原僅適用於不具健保身分的非本國籍者，此次則擴大至旅外國人。石崇良說：「台商、僑胞在海外工作，人生地不熟，如有需要，也可及時諮詢國內的醫師，並依指示至當地藥局、超商買藥。若民眾為慢性、穩定病人，醫師可在複診時開立處方，而若屬於山地、離島地區，或是行動不便、遇上災害及傳染病，或屬於國際醫療照護對象，則可在初診時就開立處方，衛福部也會統一電子處方箋格式。」

對於擴大適用對象對健保的負擔，石崇良說「法律是法律，給付是給付」，修正案第 20 條也規範，保險給付應依《健保法》及相關法規的規定，意思是不一定要納入健保，民間也可推出自費模式。草案將於 1 月下旬預告期滿，最快可在 2 月上路。

視訊診療無法觸診·恐生糾紛·促擬法配套

衛福部擬將視訊診療適用對象擴大至慢性病患、災難受害者、安寧病人等，最快 2 月上路。例如近 90 歲的朱伯伯，有糖尿病、腎臟病，疫情嚴峻時，糖尿病足傷口潰爛到無法走路，出門只能叫救護車，因傷口長期無法癒合，送醫後截指。原需住院 1 個月的他沒打疫苗，又怕院內感染，住院 2 周後傷口未痊癒就返家，所幸透過「傷口中心」遠端做傷口照護，由家人每天上傳傷口照片，醫療人員給予正確的傷口照護指導，3 個月後再回到醫院，傷口已小了許多。

專家對此表示肯定，不過目前的人工智慧（AI）仍有限制，無法遠距觸診，至少還需 4、5 年的發展。亦有專家提醒，視訊診療對象擴大後，恐會衍生醫療糾紛，需由法律專家擬定相關配套因應。新光整型外科主任林育賢直言，外科因要求身體觸診等條件，未符合視訊診療類別，但病人屬慢性傷口，透過遠端由醫療人員指導家屬，並搭配居家照護護理師協助，就能獲得最好的照顧，他建議應給予一定彈性，才能造福無法長期往返醫院的病患。

人工智慧能讓醫護了解病人的情況，不過，台灣健康智能醫療科技發展學會理事長張文瀚表示，至少還要再發展 4、5 年才能達到要求。現行視訊診療無從了解病人疼痛程度、活動範圍等，急性疾病難以使用，不過卻能做到即時諮詢，如了解病人眼睛對不對稱、能不能做到醫師的指令等。若有需要，仍需到醫院，原因是無法完整做到望聞問切，光用看的，無法確實知道病人狀況，還需加上觸診和聽診。

台灣醫療科技整合學會秘書長陳泰呈說：「如只是單純發燒、感冒，視訊診療有助減少醫療資源浪費，不過若為盲腸炎，單純畫面診斷，可能會出現誤診，嚴重一點恐致死，這樣誰要負責？」

他強調，面對面的診療都會有糾紛，視訊診療也難保不會有這類情形，政府開放病情穩定者使用，可將糾紛風險壓到最低，但仍需產業界、醫療單位、法律相關專家討論出對應配套。」

第十屆臺中醫法論壇·探討醫療法 82 條修法效應

12/18 在臺中榮民總醫院隆重舉辦第十屆臺中醫法論壇，會中也深入探討醫療法 82 條修法 5 年以來的後續效應。摘錄要點如下：

醫療法 82 條修法緣由：1. 避免醫療人員承擔系統性風險。2. 保障急重科別。3. 減少病患浮濫訴訟。在舊法之下，醫師醫治越難救的病人，就越容易被告，導致醫界「五大皆空」。有時是人力不足讓「醫師過勞」才導致醫療

疏失，在此苛責醫師也不甚公平，所以修法。

醫療刑責合理化、明確化，歷近 20 年努力，醫師公會全聯會殷殷期盼下，2017 年底通過立法院三讀。希望修法可讓：1. 醫事人員安心地執行醫療業務。2. 病家和司法體系可以有明確的判斷要件與準則。3. 重拾醫病互信、醫法良好互動。4. 減少防禦性醫療。5. 避免醫療資源錯用。6. 減少醫療糾紛的訟累。

修法對醫事人員、機構、病患、產業環境·可能影響深遠

醫療法第 82 條之修法對醫事人員、醫療機構、病患均可能造成深遠影響，甚至改變醫療產業環境。但部分條文「內涵與意義」不夠明確、「配套措施」不夠完整，可能使希望達成「醫療責任明確化、合理化」的目的無法落實。其中，醫療法第 82 條第 5 項，是有關醫療「機構」之責任，從醫療機構自己責任、責任歸屬、故意過失判斷、醫療業務爭議等，將對病患權益、法律挑戰、產生影響。

醫療過失：是判斷醫療民、刑事傷害責任的重要構成要件。內涵為何？實務、學說為何？乃援引自日本法的「醫療水準」、美國法的「醫療常規」、臺灣學者的「專業裁量」等，來輔助醫療過失有無的判斷。

2017 年，醫療法第 82 條新修法，企圖使醫療責任更明確，法條中同時使用「過失」、「專業裁量」、「醫療水準」、「醫療常規」等名詞。但，是否將如醫界所沾沾自喜，將醫療重大過失概念明確化？還是如多數司法實務人士以為，根本沒有改變現狀？舊條文只有二項，新條文增加到五項。醫療法第 82 條：1. 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。2. 醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。（民事）3. 醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任。（刑事）4. 前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。5. 醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。

新法修正後，果然一如往常，有正反兩派觀點。醫界一片叫好，民間則是抗議不斷。贊成者認為醫師終於可以放下心來，反對者認為從此民眾再難提起訴訟，而影響其醫療權益。

醫師的民事責任

法條：「醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。」也就是，必須「違反醫療上必要之注意義務」+「逾越合理臨床專業裁量」，才要負損害賠償責任。（除了過失，「故意」當然也要負責）

醫師的刑事責任：違反注意義務且逾越合理專業裁量

法條：「醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任。」跟民事一樣，要「違反醫療上必要之注意義務」+「逾越合理臨床專業裁量」才要負刑事責任。所以，所謂的「醫療過失」，要考量兩件事：1. 是否「違反醫療上必要之注意義務」以及（and，不是 or）。2. 「逾越合理臨床專業裁量」。

而注意義務的部分，以往是看有沒有符合「醫療常規」，現在是「以該醫療領域當時當地之 1 醫療常規、2 醫療水準、3 醫療設施、4 工作條件及 5 緊急迫切等客觀情況」為綜合判斷。

事實上，最高法院已經常見這樣的判決：「因醫療行為有其特殊性，自容許相當程度之風險存在，故應以行

為當時臨床醫療實踐之醫療水準判斷是否違反注意義務。原則上，醫學中心之醫療水準高於區域醫院，區域醫院又高於地區醫院，一般診所則居於最後；專科醫師高於非專科醫師。尚不得一律以醫學中心之醫療水準為判斷標準。」

衛福部的「醫療糾紛鑑定作業要點」也說：「醫事鑑定小組委員及初審醫師，對於鑑定案件，應就委託鑑定機關提供之相關卷證資料，基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，不得為虛偽之陳述或鑑定。」這次修法，只是把之前已存在的判斷依據，正式入法。

醫院只要是「過失」就要負責·病患可對醫師或醫院求償

對醫院的規定，在第五項：「醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」也就是說，如果是血汗醫院人力不足、設備老舊等原因，導致病患損害，則醫院要負損害賠償責任。

1. 對於醫師，是要求其過失必須是「違反醫療上必要之注意義務」+「逾越合理臨床專業裁量」才要負責。
2. 但醫院則只要是「過失」就要負責。

在新法，病患如果受到醫療損害，可以針對醫師或醫院求償。

1. 若是醫師個人因素，可向醫師求償。
2. 若是醫院系統性因素，則可以向醫院求償。
3. 若是醫師的責任，除了跟醫師求償，若法院判決醫師必須負責，醫院則同時也負連帶賠償責任。

修法針對法官判斷標準而非訴訟程序·並不會減少濫訴

那麼修法後，醫師是不是就不會被告？可以減少濫訴？答案：其實並不會的。因為修法主要是針對法官的（判斷標準），而不是針對（訴訟的程序）。例如醫療鑑定、獲取真相方式等等。民眾仍須藉由提告，才可以取得醫療鑑定報告，所以並不會減少訴訟的數量。

修法後醫師就很難告得成？仍回歸鑑定報告及法官判斷

問題：修法後，醫師是不是就很難告得成？必須「違反醫療上必要之注意義務」+「逾越合理臨床專業裁量」才要負責？

答案：事實上，「醫療上必要注意義務」並沒有具體規範。是比原本更輕還是更重？可以舉出什麼是「必要的、不必要的注意義務」？什麼是「合理、或逾越合理臨床裁量」？最後仍回歸鑑定報告以及法官的判斷。那跟原本作法似乎沒有不同。（有學者甚至認為，修法反而使醫師刑事責任拉高到跟民事責任一樣負善良管理人「抽象輕過失」的注意義務，反而要求更高，更可怕！）

病方選擇告「醫師+醫院」一打二？還是「告醫院」就好

病患如果告醫院呢？

1. 比較新法第五項跟舊法第二項，規定幾乎是一樣。

事實上在舊法，若是醫院的過失，病患本來就可以選擇告醫院，沒有太大差別。

2. 問題倒是出在病患如何證明醫院人力不足或設備不足？

除非靠醫師的窩裡反，病人才比較能得知醫院是否符合人力或設備標準。那請問：病方是要選擇告「醫師+醫院」，一打二？還是選擇「告醫院」就好，把醫師拉到跟病方站同一陣線呢？要不要對醫師友善一點、不

要把醫師當敵人呢？

醫療上必要注意義務·仍由鑑定報告及法官為裁量

修法把「臨床裁量權」入法，也把「重大過失」的觀念放進來。

這一小步是醫界 18 年來的一大步，但是象徵意義大於實質意義。醫界不用太高興、反方團體也不用太生氣。修訂新法後，派訟量不會減少，「醫療上必要注意義務」仍是由鑑定報告以及法官為裁量。須等之後新的判決出來，才能觀察到法官的見解，究竟如何。

第 82 條限縮醫療過失·最高法院 107 年 4587 號刑事判決

二、原審見解

臺灣高等法院 106 年度醫上訴字第 5 號刑事判決與第一審臺灣臺北地方法院 104 年度醫訴字第 6 號刑事判決認為：麻醉、抽脂、豐胸等本件手術涵蓋大腿內外側、臀部、腰部、腹部、手臂及背部，屬於大範圍、高風險之手術，更應於足夠醫護人員、生命徵象監測儀器與急救設備齊全之情形下方得執行。其等竟不予注意而貿然對被害人進行本件手術，顯有過失。

進行本件手術醫療業務，創造危及被害人生命之風險。一旦發生危及生命之狀況，更有義務立即親自或聯繫救護人員，轉送至具有處理此種狀況能力之醫療院所，不可絲毫耽擱延誤，否則負生存（治癒）機會喪失之過失責任。

然竟拖延近半小時，但被害人業已發生缺氧腦病變，最終死亡，被告顯有過失。核被告犯業務過失致死、違反醫師法二罪，從一重以違反醫師法第 28 條之非法執行醫療業務罪論處。

醫療刑事過失責任認定·皆應以新法為判斷準據

三、最高法院見解

第一，最高法院指出，醫療法第 82 條修正第 3、4 項醫療刑事責任之修法目的乃為 1) 確保醫師執行業務順遂，2) 限縮醫師過失責任範圍，並揭櫫 3) 多元判斷標準，將醫師過失責任判斷要件的精緻與明確化，減少醫師因執行業務而受刑事訴追風險，並導正緊繃的醫病關係。

最高法院並宣示，本次修法乃有利於醫療行為人，依照刑法第 2 條規定，爾後無論修法前後關於醫療刑事過失責任的認定，皆應以新法作為判斷準據。

第二，最高法院認為被告乙雖不具任何醫事人員資格，惟與其共同執行本件手術之其餘 3 人均具有醫師資格，且其等對被害人所為之手術前的麻醉、抽脂或爾後的急救行為，仍屬醫療法所稱醫療行為，應認仍有本法第 82 條第 3、4 項規定的適用；換言之，最高法院認為醫療法第 82 條第 3 項之責任主體得包含密醫。

依實證醫療常規認定·與病人死傷無因果關係

第三，針對因果關係，最高法院認為對於最後死傷結果是否可歸責之後介入的醫療行為的判斷重點，在於最後死傷結果與後行的醫療行為具有主要並相當關聯，而非病人先前的疾病原因所致。要以醫學實證上經驗累積所形成的醫療常規為依據，既使進行正確的醫療行為，病人發生死傷的機率仍然過高，即表示不論有無醫療行為介入，均不致使醫療行為成為病人死傷與否的主要因素，則病人死傷與否其實係其原本疾病所主導，此時醫療行為與病人的傷亡間即無相當因果關係存在。

原審採違反注意義務即應負責·擴大將危險犯視為實害犯處罰

原審採取向為實務不採的「風險升高理論」(即只要違反注意義務之行為升高了法益侵害的風險,則此違反注意義務行為即應對結果負責),除違反罪疑惟輕原則,並有將危險犯視為實害犯處罰,有不當擴大過失犯成罪之虞,亦與修正後醫療法第 82 條目的係為限縮醫師過失責任範圍立法意旨有違。

縱違反醫療常規注意義務·有相當因果關係始能認定過失

第四,被告是否有過失,最高法院認為所謂違反醫療上必要之注意義務係以醫療行為是否符合醫療常規為判斷。所謂醫療常規係臨床醫療上由醫療習慣、條理或經驗等形成的常規,是作為正當業務行為之治療適法性要件。

通常違反醫療常規,雖可初步判斷醫療行為具有疏失,惟尚須進一步確認此疏失是否為病人非預期死傷的關鍵因素。換言之,醫療行為縱使違反醫療常規,惟此疏失行為與結果間仍須具有相當的因果關係,始能認定為醫療過失行為。

不同等級醫療機構·注意義務或裁量標準應有差別

所稱「合理臨床專業裁量」,則為允許醫師對於臨床醫療行為,保有一定的「治療自由」、「臨床的專業裁量權限」,以決定治療方針。尤其對於罕見疾病、遇首例或對於末期病人充滿不確定性的治療,在無具體常規可遵循時,即須仰賴醫師合理的臨床裁量。其裁量判斷,除前述醫療常規外,另須考量醫療法第 82 條第 4 項所列之醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等合理臨床的重要基準。

對不同等級的醫療機構,所要求於醫護人員的注意義務或裁量標準,應有所差別。不能同以高級醫療院所的醫療水準、設備或工作條件,作為判斷依據。

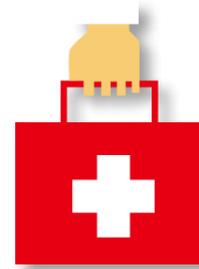
醫療具不確定性、緊急性·須立於醫師立場加以判斷

又因醫療具有不確定性,病徵顯示亦相當多元,處置上也有輕重緩急,尤其在緊急情況下,更難期醫師運用常規處理問題,是關於緊急迫切基準,務須立於醫師立場加以判斷,若確實情況緊急,縱醫師處置不符醫療常規,於合理臨床的專業裁量權限上,應朝是否並無疏失方向予以斟酌。

原審就被告於手術期間究有何項醫療步驟違反醫療常規或逾越合理臨床專業裁量之疏失、所稱該診所欠缺上述生命徵象監測儀器或急救設備是否為當時當地之同級醫療機構必備之醫療設施、是否均不能進行任何手術等情,均未釐清及說明,遽認被告應成立業務過失致死罪,難謂無判決理由不備之違誤.....。

世界在變,社會也不停演進。醫療法律、行政、健保、公衛、勞資、稅務、社服...等等方方面面,也此起彼落地形成或大或小的壓力和挑戰。大台中醫師公會一路走來,本著服務會員的宗旨、造福會員的使命,大家一起攜手為開創寬闊執業空間,維護良好專業尊嚴而不斷努力,感謝有您的支持和參與!敬祝大家 旺兔順利!闔家幸福安康!

魏重耀



醫事新訊 Medical Information

1【衛生福利部國民健康署】「全民健康保險代謝症候群防治計畫」施行期間屆滿(111年12月31日),原執行之院所及其原收案對象於112年度修訂計畫公告前,得依原計畫延續辦理

考量旨揭計畫執行之延續性,於112年度修訂計畫公告前,原執行之院所及其原收案對象得依原計畫延續辦理。

2【衛生局】函轉衛生福利部「臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0」

一、為精進親密關係暴力危險評估之準確度,衛生福利部業已通盤檢視現行臺灣親密關係暴力危險評估表內容,並完成旨揭表單,請於受理親密關係暴力案件時,應運用「臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0(通報版)」進行被害人危險評估,並於通報時填/檢附該表,俾及早判別高致命風險案件。

二、另各直轄市、縣(市)政府受理親密關係暴力案件後,應於受案評估階段運用「臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0」進行被害人危險評估,俾掌握被害人風險因子,並據此提供相關服務。

三、旨揭評估表 2.0 請至本會網站(gtma.org.tw/業務服務/下載資料/2022-12-29)項下下載。

3【衛生局】有關生產事故救濟部分業務,衛生福利部已於112年1月3日以衛部醫字第1111669268號公告委託財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會辦理在案(期間:112年1月1日至112年12月31日),請逕至該部「生產事故救濟專區」(查詢

路徑:本部首頁<http://www.mohw.gov.tw>>本部各單位及所屬機關>醫事司>宣傳訊息)查閱前揭公告

4【衛生局】經濟部能源局公告第2次受理申請112年「節能績效保證計畫」

本案係有關經濟部能源局公告第2次受理申請112年「節能績效保證計畫」之期間及優先補助項目;查「節能績效保證專案示範推廣補助要點」第四點,該計畫補助對象含醫療機構,請符合申請條件之單位踴躍申請。

5【衛生局】衛生福利部112年1月9日以衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」

旨揭詳細公告內容惠請至本會網站(gtma.org.tw/最新消息/公佈欄/2023-01-30)項下下載。

6【衛生局】自本(112)年2月1日起,衛生福利部「預防接種受害救濟申請案行政流程暫行措施」停止實施,詳如說明

為加速預防接種受害救濟申請案件於COVID-19疫情期間處理時效,衛生福利部自110年10月27日起施行旨揭暫行措施。鑑於現行各項防疫工作已回歸常軌,爰以本年2月1日為基準日,自基準日起之申請案件,恢復由衛生局調閱申請案件病歷。

7【臺中市食品藥物安全處】請協助轉知藥師(生)若申請線上報備支援,請依藥事法第11條相關規定申請

8【西醫基層醫療服務審查執行會中區分會】現有院所暨新開業診所宣達報備支援規定
有關醫院醫師支援診所，依據衛生福利部 111 年 3 月 25 日衛部醫字第 1111661106 號函：「醫院醫師支援診所，其支援醫師人數不得超過被支援診所醫師人數之 2 倍，支援時段不得超過被支援診所總服務時段之 40%。」總服務時段以每位醫師每星期服務 18 個時段計算，另每時段之時數認之規定，由原每時段 4 小時修正為 3.5 小時。

9【全聯會】轉知「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，業經衛生福利部於中華民國 111 年 12 月 12 日以衛部保字第 1111260391 號令修正發布，名稱並修正為「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」
一、旨揭補助辦理第三條說明：行政院公告災區範圍內受災者，於災害發生之日起三個月期間內就醫，經醫療專業認定因受災需接受治療之下列費用，由中央政府支應，並得以民間捐款為之：
(一) 保險對象就醫應自行負擔之部分醫療費用。
(二) 未具保險對象資格者就醫屬本保險給付範圍之醫療費用。
(三) 前二款人員，其本保險不給付之住院一般膳食費用。
前項期間，衛生福利部得視受災範圍及嚴重程度，以公告延長之。
二、旨揭詳細補助辦法修正條文，請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2022-12-29) 項下下載。

10【全聯會】轉知衛生福利部函釋，111 年 9 月 2 日公告修正「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」之長照服務人員網路繼續教育課程積分點數相關疑義案
一、衛生福利部函釋，111 年 9 月 2 日公告修正「長

期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」後，長照服務人員網路繼續教育課程每 50 分鐘積分為 0.5 點，若為 111 年 9 月 1 日(含)前取得網路繼續教育課程積分者，則以 1 點計算。
二、據上，111 年 9 月 1 日(含)前已獲審定之網路繼續教育課程，若於 111 年 9 月 2 日(含)以後完成之網路課程，適用公告修正之規定以每 50 分鐘 0.5 點之積分計算。

11【全聯會】轉知衛生福利部中央健康保險署公告修正醫院及西醫基層總額「全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標 003-「醫院(西醫基層)耳鼻喉科門診局部處置申報率」，自 112 年 2 月 1 日(費用年月)起生效
旨揭附件電子檔已置於健保署全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁 > 健保法令 > 最新全民健保法規公告，請自行下載。

12【全聯會】有關「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」部分條文修正案(下稱憑證管理辦法部分條文修正)業公告生效
一、查憑證管理辦法部分條文修正，已增列應上傳之就醫紀錄內容包含檢驗(查)結果、醫療檢查影像及影像報告、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定應上傳項目等，請協助轉知及輔導會員遵循辦理。
二、為減緩憑證管理辦法部分條文修正發布，對醫事服務機構所生衝擊，自發布日起 90 日(112 年 1 月 4 日至 112 年 4 月 3 日)之緩衝期間內，就有申報檢驗(查)費用卻未上傳佐證資料者，採輔導上傳，不逕以全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予違約處理，惟若有下列情形，則依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法進行審查。

(一) 經輔導後仍未上傳資料且無法提出已完成檢驗(查)事實之相關佐證資料案件。
(二) 經民眾檢舉疑似虛報案件。
三、考量部分醫事服務機構囿於資訊系統無法上傳，中央健康保險署已建置檢驗(查)資料交換系統，並於 111 年 10 月 18 日完成資訊系統操作教育訓練，請會員多加利用。

13【全聯會】衛生福利部中央健保署公告修訂「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」
公告刊登網址：<https://reurl.cc/QWqEo2>

14【全聯會】轉知中央健康保險署函知健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0 已上線試營運，請會員惠予撥冗測試使用
一、健保雲端系統 2.0(試營運版)使用說明簡報及使用者手冊已置於健保署健保資訊網服務系統(VPN)\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統項下，歡迎醫界先進下載參考。
二、敬請使用者協助測試使用後，於 112 年 3 月 31 日前填寫線上問卷(網址：<https://forms.gle/3B4Myb2enratjmJf8>)，以利雲端系統意見蒐集及系統後續精進。

15【全聯會】中央健保署增訂「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」醫療費用申報暨暫付系統(RAP)之門診費用申報檢核案，詳如說明，請院所正確申報
一、旨揭依計畫第八點(二)規定略以：醫療費用之申報，請於門診醫療費用點數申報格式之點數清單段「特定治療項目代號」欄位填報「K1」。
二、詳細說明惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2023-01-30) 項下下載。

16【全聯會】轉知衛生福利部公告發布「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」
旨揭詳細公告內容惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / 公佈欄 / 2023-01-30) 項下下載。

17【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)

18【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。

19 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>)。

COVID-19 相關訊息轉知專區

因應 COVID-19 重要訊息滾動修正，最新訊息請務必自行至疾管署 COVID-19 防疫專區查閱

1【衛生局】有關「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用」之醫令自動化 (REA) 審查作業

旨揭詳細摘要說明，請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / COVID-19 (武漢疫情) 相關資訊 / 2023-01-04) 項下下載。

2【衛生局】有關嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心 (下稱指揮中心) 調整「自主防疫期間醫療照護」及「住院病人陪病管理」等醫療防疫措施，請配合落實執行

旨揭調整措施惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 / COVID-19 (武漢疫情) 相關資訊 / 2023-01-07) 項下下載。

3【衛生局】函轉嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心修訂「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」

旨揭修訂事項已公布於衛生福利部疾病管制署全球資訊網 (<https://www.cdc.gov.tw>)，請所屬工作人員 / 會員逕行下載依循辦理。

4【衛生局】函轉衛生福利部來函說明國內醫療院所開具之 COVID-19 核酸檢測陰性證明文件可列出 Ct 值

一、有關核酸檢測陰性證明文件可列出 Ct 值一事，嚴重

特殊傳染性肺炎自費檢驗指定機構除依「開放民眾自費檢驗 COVID-19 申請規定」，於檢驗報告註記檢測方式及檢測部位外，得依民眾需求，於陰性報告標註其他合於檢驗結果之必要說明，例如：「陰性報告即未檢出核酸，代表 Ct 值 ≥ 35 」或「Ct ≥ 35 ，此標示表示此陰性結果至少經 35 個循環檢測仍未檢出病毒核酸，非指儀器呈現之 Ct 值」等。

二、倘民眾有相關證明文件需求，可逕洽嚴重特殊傳染性肺炎自費檢驗指定機構於檢驗報告標註。

5【衛生局】指揮中心重申，我國嚴重特殊傳染性肺炎 (下稱 COVID-19) 個案通報，僅限於國內確診之個案，倘個案確診時位於國外，依規定不得通報，請應謹慎辦理視訊診療判定之 COVID-19 確診個案通報作業

6【衛生局】有關 COVID-19 確定病例輕重症分流，自明 (112) 年 1 月 1 日起調整加強版集中檢疫所 / 防疫旅館收治原則

一、旨揭函文重點略以：為利於輕症照顧模式之常態化，自明年 1 月 1 日起收治於加強版集中檢疫所 / 防疫旅館之原則，調整為依衛生局評估有特殊情形無法採居家照護之無症狀 / 輕症確診者 (如無固定住所等)。相關費用依 COVID-19 確診者隔離治療費用公費或自費支付對象辦理。

7【衛生局】有關 112 年 1 月 1 日民法之成年者年齡下修為 18 歲生效後之 COVID-19 疫苗接種意願書簽署事宜，詳如說明

- 對於滿 18 歲至未滿 20 歲民眾接種疫苗前，以持有家長 (法定代理人、監護人、關係人...) 簽具之意願書，由家長陪同或自行前往接種為原則，以應後續衍生可能須確認簽署意願情形始可查察。
- 因應民法之成年者年齡下修為 18 歲自 112 年 1 月 1 日生效，自該日起，滿 18 歲民眾前往接種 COVID-19 疫苗，由本人簽署接種意願書後即可提供接種，爰請接種單位依循，並修正相關作業流程。

8【衛生局】指揮中心修訂「COVID-19 確診個案居家照護管理指引及應注意事項」及「嚴重特殊傳染性肺炎指定處所隔離通知書及提審權利告知」

- 基於國內 COVID-19 疫情穩定，自本 (112) 年 1 月 1 日起，依「確診者分流收治原則」採居家照護之無症狀 / 輕症 COVID-19 確診者，居家照護期間建議但不強制須一人一室，爰指揮中心修訂旨揭文件如附件，並適用於 112 年 1 月 1 日始研判確診之民眾。
- 旨揭修訂事項已公布於衛生福利部疾病管制署全球資訊網 (<https://www.cdc.gov.tw>) 供下載參閱。

9【衛生局】指揮中心公布自 112 年 1 月 1 日起 COVID-19 確診者隔離治療費用支付對象調整政策

旨揭相關附件請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新消息 > COVID-19 (武漢疫情) 相關資訊 / 2023-01-18) 項下查詢。

10【衛生局】有關「森昌有限公司」輸入之「GenBody COVID-19 Ag Home Test (基因巴帝居家用新冠病毒抗原快篩檢測套組) (防疫專案核准輸入第 1106036358 號)」(批號：

FXFO04221、FXFO11221) 醫療器材回收

案係衛生福利部食品藥物管理署 (下稱食藥署) 執行「新冠肺炎診斷試劑年度品質監測計畫」，旨揭產品 (批號：FXFO04221、FXFO11221) 分別依食藥署檢驗報告書說明，使用該產品恐致使用者無法及時確認染疫情形，延誤患者及時隔離與及時就醫，造成疫情擴散，有危害使用者人體健康之虞，涉違反醫療器材管理法第 8 條規定。基於維護民眾健康安全，請配合旨揭公司回收作業。

11【衛生局】有關專案製造或輸入新型冠狀病毒檢驗試劑產品 (清單如附件)，其有效期間調整如說明段

- 現行國內疫情趨緩，雖相關防治工作將逐漸回歸常態進行，惟附件所列產品仍具緊急公共衛生防治需用，故衛生福利部調整前述產品核准有效期間，由原至中央流行疫情指揮中心解散日止改為至 112 年 6 月 30 日止，其餘事項不變。
- 旨揭清單，惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新訊息 > COVID-19 (武漢疫情) 相關資訊 / 2023-01-30) 項下查詢。

12【衛生局】函轉嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心有關「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用」申復案件審核原則及應檢附佐證資料，請會員配合辦理

旨揭詳細說明惠請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新訊息 > COVID-19 (武漢疫情) 相關資訊 / 2023-01-30) 項下查閱。

13【全聯會】轉知嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心修訂「確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」

旨揭修訂重點請至本會網站 (gtma.org.tw/ 最新訊息 > COVID-19 (武漢疫情) 相關資訊 / 2023-01-13) 項下查詢。



◎ 文／黃致仰 臺中市大臺中醫師公會理事

中華民國診所協會全國聯合會第四、五屆秘書長

中華民國醫師公會全國聯合會第十三屆副秘書長

有關點值、業務所得、總額三個迷思

您所在業務組的點值不是您的點值

每季結算完畢，診所 VPN 就會收到衛生福利部中央健康保險署該區業務組西醫基層總額預算收入計算過程明細表，在一般服務浮動中，可以看到貴診所結算該月分別來自投保六分區的病患點數與佔比。以敝診所 111/06 為例，6 月申請點數中，投保在中區 87.40% 外，病患還來自臺北分區 6.80%，北區 2.26%，南區 2.22%，高屏 0.97%，東區 0.35%。來自中區病患點值才是公告中的浮動點值 1.08650613 計算，來自其他區則以該區上季點值 1.02002413、1.11682035、1.14278974、1.11113756 與 1.14606495 計算。若較高比例病人來自點值較高分區，點值就會比同區附近診所高，較高比例病人來自點值較低分區，點值就會比同區鄰居診所低。也就是除非該診所病患 100% 來自該區，實際金額才會恰巧符合該季該區浮動點值。

假設 A 君投保在 B 區住在 (看病在) C 區，總額議定時會依 R 值換算金額暫歸在 B 區的區總額報表，但由於在 C 區生活看病，每次在 C 區看病的費用會依 B 區上季結算點值換算成金額，逐次流入 C 區某診所的口袋。這設計符合健保論人錢跟著人走的精神。倘若 A 君該季醫療花費比 R 值 S 值議定出的金額低，B 區整個診所既不用看病也獲益，反之醫療花費比 R 值 S 值議定金額高，B 區診所就必須共同承擔。

您該年業務所得不是該年看診的收入

所得稅法第 11 條，本法所稱課稅年度，於適用於有關個人綜合所得稅時，係指每年一月一日起至十二月三十一日止。意思就是，每年一月一日起至十二月三十一日間，進入診所的收入，就是課稅的標的。以掛號費

現金來說，12 月份的掛號費是逐日收到，但健保申請費用，卻是次月才到診所帳戶。也就是說，若有一家診所在 12 月開幕，當年診所健保收入為零，執業所得只有當月掛號費。

而當年度健保收入就是前一年 12 月到該年 11 月共 12 個月收入嗎？不是的，大家都知道，收入裡面比較大筆的，還有西基總額四個季的結算款。四個季結算款到底如何分布？健保署慣例會在 12 月底結算出第二季點值結算，所以第二季點值結算是該年度收入嗎？不是，因為傳統上第二季點值結算款每年都因跨年，診所會在 1 月銀行上班才領到，算在隔年收入。

也就是說，因為第二季點值結算款落在隔年，當年度健保收入範圍是前一年 12 月到該年 11 月，加上前一年第二三四季點值結算款與該年第一季點值結算款。

極端例子譬如前一年生意興隆但 1 月初停業，且該年未再執業健保，該年健保收入會是前一年第二、三、四季結算款加上前一年 12 月暫付申請費用，成本卻只有 1 月初看診產生的核定點數。

若是每年都是一樣切割方式，每年點數結算補貼金額差異不大，每年核定點數差不多的診所，這樣的做



● 李伯璋署長與黃致仰理事於署本部17樓署長室合影

法影響不大。但若遇到點數結算補貼金額較大，又正巧隔年核定點數減少 (業務衰退、停業) 時，有可能前一年點值結算款會以較高稅率繳稅。

議定的總額不是健保署付出錢的總額

在每季結算時，一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款調整後一般服務預算總額 (BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值 (AF) - (投保該分區核定非浮動點數 (BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數 (BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數 (BF)，簡單來說，點數乘以點值就是總額，在計算式子分子裡並沒有部分負擔項目。

健保會議定的總額是健保醫療費用的總額，健保署付出的錢加上民眾付的部分負擔才是。

謹以本文向最認真、最勇於任事的李署長伯璋教授團隊致敬。

公會活動花絮

1 111年12月4日舉辦12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：童綜合醫療社團法人童綜合醫院

主持人：魏重耀 理事長、吳肇鑫 副院長

第一堂

題目：無創高能量超音波聚焦子宮肌瘤消融

講師：劉錦成 醫師

課程結論

子宮肌瘤是婦女最常見的良性腫瘤，臨床上常造成月經經血量過多而貧血，或者因為壓迫引起下腹疼痛及後背痛或頻尿。傳統上對於有症狀的子宮肌瘤不外乎以傳統剖腹方式或微創手術做肌瘤切除或全子宮切除，進開刀房對於很多婦女都是充滿害怕，除了麻醉風險外，手術中的出血以及傷及周邊組織血管和術後疼痛都讓很多人裹足不前，考慮再三而錯失治療先機。

隨著科技的進步，現在已經有利用高頻率聚焦超音波能量 (High Intensity Focus Ultrasound, HIFU) 隔著皮膚做精準子宮肌瘤消融技術的出現，對於臨床上因為子宮肌瘤或子宮腺肌症婦女且害怕進手術室或擔心麻醉風險者可以有另外一個有效的選擇。

這項技術必須先由醫師以超音波確定子宮肌瘤大小、位置及周邊器官關聯後，再以抽血、X光、心電圖做一治療前準備。為了準確評估術前及術後子宮肌瘤大小變化，通常會安排磁共振攝影 (MRI) 再次確認腫瘤性質及位置以做好治療前的定位。

因為是無創方式自然沒有麻醉，但聚焦超音波偶爾會引起皮膚疼痛及腰酸，在治療前一小時會施打止痛針劑及口服藥物，在治療期間會根據肌瘤大小、位置及周邊器官先做定位後以高頻率聚焦超音波進行消融。因為整個過程病人是處於清醒狀態，途中有任何不適都可藉由調整能量、施打時間及施打間隔加以微調。

治療完成習慣上會連續追蹤三個月，後面再每半年追蹤一次。

對於一般大小 (5-10 公分) 肌瘤，症狀通常在治療完一個月內即可獲得很大改善。

這項無創先進的消融方式是對於長期被子宮肌瘤或腺肌症困擾的婦女除了手術之外另外一項值得信賴的有效工具。

第二堂

題目：舒適空間及專業照護－童綜合醫院高壓氧中心經驗分享

講師：黃沛生 醫師

課程結論

現行高壓氧在臨床上最常應用於腦中風、腦創傷、突發性耳聾及慢性傷口的病人。因為高壓氧有治療組織缺氧、抑制神經發炎及促進神經新生的效果，這兩年在國際間也嘗試應用於長新冠病人的治療，目



▲ 劉錦成 醫師



▲ 黃沛生 醫師

前除了對病人認知功能、記憶力、注意力、執行功能及疲倦等有改善外，也對恢復心肺功能有一定程度的幫助。本院於2021年年中先後引進三台高壓氧單人艙，搭配原有的多人艙，希望能提供病人更多元及舒適的治療方式。

第三堂

題目：精準置換人工膝關節－ROSA 機器手臂導航手術

講師：李宗翰 醫師

課程結論

在重度膝關節退化的患者治療上，全人工膝關節置換是標準也是很有有效的治療方法。儘管全人工膝關節的失敗率非常低，但仍有大約20%以上的患者在術後對結果不滿意。

近十年來，機械手臂輔助人工關節置換手術的技術慢慢成熟，在臨床上的使用結果也很穩定，可以協助骨科醫師更精確的置換人工膝關節，讓手術效果更好。機械手臂輔助系統 (ROSA Knee System) 運用現代軟體的新科技，可以在手術前就模擬病患的3D模型，量身打造適合個人的人工關節尺寸，讓人工關節的擺放位置更正確，手術中也可即時根據手術醫師判斷調整，讓整體手術的結果更好。

傳統置換人工關節需仰賴醫師的經驗與臨場判斷，手術結果因人而異，也會因較複雜的狀況而導致判斷失誤，或是造成軟組織破壞加大、傷口變大、術後復原速度變慢。機械手臂輔助系統完全可以改善傳統手術的缺點，打造高品質的手術，使病患恢復更迅速。

梧棲童綜合醫院骨科自111年06月引進新式機械手臂輔助系統 (ROSA Knee System) 執行第一例全人工關節置換，術後即可下床走路，明顯減少疼痛感，對於重度膝關節退化的病患真是一大福音。



▲ 李宗翰 醫師

2 112年1月8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：佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

主持人：魏重耀 理事長、邱國樑 常務理事

第一堂

題目：癌症的細胞治療和免疫治療

講師：李典錕 醫師

課程結論

從1960年使用異體骨髓幹細胞治療血癌開始，癌症的治療除了手術、化學治療和放射線治療外，透過免疫系統來攻擊癌細胞一直是科學家認為是更有效和較少副作用的治療方式。最近的細胞治療和免疫治療發展包括了單株抗體 (monoclonal antibody)、抗體-藥物綴合物 (ADC, antibody drug conjugate)、免疫檢查點抑制劑 (immune checkpoint inhibitors)、雙特异性T細胞接合劑 Bi-specific T-cell engagers (BiTEs) 和嵌合抗原受體T細胞療法 (chimeric antigen receptor-T cell, CAR-T)。

這次課程主要是針對上述細胞治療和免疫治療的發展和應用做一個詳細的介紹。第一個蛋白質標靶藥物是 Rituximab 是針對帶有 CD20 的惡性淋巴瘤，接著發展出對抗各種帶有特異蛋白質的標靶



▲ 李典錕 醫師

藥物。進一步的發展是蛋白質標靶藥物結合上帶有毒性的化療藥物和有放射性的同位素增加毒殺癌細胞的效果。在 T 細胞的免疫療法治療方面有針對阻止癌細胞透過 PDL-L1 和 PD-1 抑制 T 細胞活性的免疫檢查點抑制藥物，還有設計可以同時結合癌細胞特異抗原和 T 細胞 CD3 的雙特异性 T 細胞接合劑 Bi-specific T-cell engagers (BiTEs)。還有收集病人自己本身的 T 細胞經生物工程改造植入可以令 T 細胞結合某種特定的癌細胞蛋白質和活化 T 細胞的訊息相關基因的嵌合抗原受體 T 細胞 (chimeric antigen receptor-T cell, CAR-T)。

第二堂

題目：介入性疼痛治療：基本概念、使用時機及臨床經驗分享

講師：唐宗詠 醫師

課程結論

介入性疼痛治療的目的在於，針對一些難治的疼痛，找到精確的致痛結構並進行治療。可能的適應症不分急性或慢性疼痛，也不分退化性疾病或癌症疼痛，只要有恰當的適應症，且保守治療效果不佳，我們都可以積極進行介入治療。

在治療的邏輯上主要分成三個層面：治療疼痛病變結構、阻斷神經痛覺以及中樞神經痛覺調控。其中常見的適應症包括肩頸痠痛、下背痛、疱疹神經痛、三叉神經痛、癌症疼痛、肌骨關節疼痛以及各種難治疼痛。

大部分的疼痛病症需要花時間進行較深入的鑑別診斷，以期待能找到真正產生疼痛的原因，因此有時候除了一般問診、電學或影像診斷以外，也非常仰賴「診斷性注射」作為一種診斷的工具，利用局部麻醉藥的注射來判斷病人的疼痛感是否有暫時的改善，若有這樣的情形才能確定病變結構。而隨著影像導引工具，包括超音波和 X 光的進步，越來越多結構能夠得到精確的治療，未來希望能藉由這個工具，造福更多長年受難治疼痛困擾的民眾。

第三堂

題目：Navigation in Spine and Joint surgery:Where we are now ?

骨科電腦導航手術：脊椎內視鏡 / 脊椎側彎矯正 / 困難膝關節置換

講師：張建鈞 醫師

課程結論

脊椎手術是一項既困難又精密的技術，而如何能夠安全的進行脊椎疾病的治療，同時不傷害到神經結構是非常具有挑戰性的，特別是在處理脊椎側彎，或者是骨質疏鬆患者時，我們會有更多需要考慮的面向。透過電腦導航原理講解，能夠了解電腦導航技術與脊椎手術的結合，在我們最新臨床上如何應用。除此之外，電腦導航也開始廣泛的使用在膝關節手術，透過電腦導航設備的協助，我們能夠更精準地掌握關節鬆緊度以及在其角度的調整上有更廣泛的應用。透過本次的介紹與分享，可以增加醫師們的治療共識，及未來我們能夠應用更好的方式去處理脊椎困難手術及關節手術。



唐宗詠 醫師



張建鈞 醫師

3 111年12月11日魏重耀理事長、彭業聰常監代表參加「好厝邊、臺中榮總與診所協會攜手共照健康研討會」



4 112年1月4日潭子、大雅、神岡聯誼會



5 2023年元旦，大台中醫師公會，樂活登山社社長王能雄醫師主辦，惠蓀林場，健行快樂行一日遊！



6 111年12月13日龍井、沙鹿、大肚醫療群學術研討會暨聯誼會



7 111年12月2日下午2時假立法院紅樓202會議室全聯會與楊瓊瓊立委就「植物醫師法修正草案」溝通交換意見

全聯會代表如下：1. 吳國治常務理事 2. 黃啓嘉常務理事 3. 魏重耀常務理事

時間：12月2日下午2時 地點：立法院紅樓202會議室



8 111年12月18日第十屆臺中醫法論壇「醫法新境界與疫後法規總檢討」



9 112年1月3日西醫基層醫療服務審查執行會中區分會主任委員交接典禮



10 111年12月23日召開第三屆第十一次理監事會議



11 111年12月22日豐原林宜民會長主辦大山線地區醫師聯誼會，邀請豐原醫院賴惠貞院長及醫療行政團隊歡聚，共度冬至吃湯圓人團圓的佳節



12 舞動精靈慈善音樂會



訊息公告

- 一、配合勞動部每半年公告新增「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱居整計畫)診所為申請聘僱外籍家庭看護工之到宅專業評估醫療機構案；為利勞動部辦理公告事宜，衛生福利部請全聯會每半年(六月、十二月)進行提報更新，以利勞動部辦理公告事宜。台中市照管中心依據勞動部公告之名單以正式公文給指定醫療機構。
- 二、「藥品優良調劑作業準則」自93年發布施行，業經衛生福利部於中華民國111年7月20日以衛授食字第1111405505號令修正發布，並自發布後一年施行為精進國內藥事服務品質，與國際接軌，並考量我國藥事執業現況，完善藥品調劑作業規範，衛生福利部大幅修訂旨揭準則，重點略以：1. 新增留存調劑藥品來源憑證及藥品貯存相關規範。(修正條文第十二條至第十四條及第十七條)2. 新增西藥藥品調製(含無菌調製)作業規範，包括：調製品項限制、環境與措施之要求、儀器維護校正、人員訓練、標準作業程序之訂定、紀錄留存及調製藥品之標示與告知。(修正條文第二十四條及第二十七條至第四十一條)3. 新增核醫放射性藥品之定義及調劑作業規範，包括：環境、人員、物質及設施設備之要求、標準作業程序之訂定及紀錄留存。(修正條文第八條、第二十四條及第四十二條至第四十四條)

醫師夫人聯誼會 ©文/山線分會長 呂明娟

美麗見證，榮耀傳承—— 第十一屆醫師夫人聯誼會會長交接典禮記實



周昭忠醫師與戴惠如會長 賢伉儷

2022年12月4日，和煦的冬陽，伴隨著即將到來的聖誕與新年的歡樂氣氛，在烏日臻愛會館為第十一屆醫師夫人聯誼會會長交接典禮拉開美麗的序幕。

交接典禮當晚，我們的 dress code 是「復古風」，醫師夫人們各個風姿綽約，裝扮中高雅與復古無違和的融合在一起，彷彿參與明星的聚會，我化身為粉絲細細品味偶像出色的裝扮。回過神一想，歲月與年紀在醫師夫人身上竟像是用橡皮擦完全擦拭，不見痕跡。

晚會主持人與歌手一首又一首的民歌，帶領大家進入時光隧道，回到年輕的歲月，其中不乏歡樂勁歌，引領大家隨著音樂擺動，時而動感，時而溫柔。欣賞著一首又一首的歌曲，譜出每人心中的浪漫青春年華。

黃文琴前會長與戴惠如會長的點燭儀式象徵「薪火相傳」，在黑暗中溫馨唯美，點亮燭光，如同二位美麗有智慧，獨立又成熟的女人，恰似一道光，照亮自己的同時，也吸引我們眾多醫師夫人在人生道路一同前行。新任惠如會長，當晚以湖水藍的旗袍，纖細曼妙的身材，配上耀眼的皇冠，任誰都難以挪去注目在她身上的目光，她溫柔又堅定的告訴當

日與會的貴賓與醫師夫人們，接下來的二年活動，精彩可期，有一位難求，每日只接待 30 位貴賓的不老部落，專家眼中米其林遺珠的「頂粵吉品」聚餐...等，都在她與團隊的規劃中要來努力促成，只為給參與活動的醫師夫人們不同的生活體驗。

致詞中，她也感性的提到，文琴前會長及歷任會長為大台中醫師夫人維繫了許多良好的制度傳承後人，不管是財務制度的健全，醫師公會及診所協會對夫人聯誼會的支持，活動組與樂活組盡心策畫的各種大型活動，合唱團、非洲鼓及表演組，為多位醫師夫人提供舞台，讓每一位成員皆能成為舞台上最亮麗的女主角。文琴前會長也邀請第十屆所有幹部上台授狀，謝謝這二年幹部們無私無酬的付出自己的時間與心力。台上同步播放著這二年活動所有剪接成輯的畫面，見證了第十屆幹部的心血及成果。

整場交接典禮，最後由大臺中醫師公會魏重耀理事長演唱劉文正歌曲「三月裡的小雨」，仿佛花美男偶像走向台前，用清麗的聲音配上西裝搭白圍巾的迷人風格，掀起晚會尾聲的高潮，並邀請診所協會帥氣熱情有活力的陳俊宏理事長一同高歌「堅持」，劃下完美的句點。各位聯誼會的醫師夫人們，請大家拭目以待，跟著我們一起享受人生，樂活人生。



Happy Birthday

大臺中醫師公會會員壽星生日快樂榜

祝本會會員2月份壽星快樂

丁世英	于家珩	孔勝琳	王以仁	王守正	王俊富	王彥鈞	王碩志	王銘志	王銘祥
王鐘義	古劉愛敏	白國華	朱柏宇	朱益顯	江文鏘	江耀煌	何延慶	何昕豪	何基梓
何謂明	余諾昀	余宥霽	余恂	余政展	余榮敏	吳大維	吳子宜	吳育欣	吳晉淵
吳紘岳	吳健琳	吳眷書	吳鈞皓	吳睦麗	呂揚德	李一宏	李文灝	李宗霖	李受憲
李明鎮	李俊諒	李政鴻	李嘉偉	李靜貞	周兆峰	周彤芸	周郁文	周景清	周繼耀
林令世	林永生	林永祥	林育瑩	林松雄	林恆毅	林悅華	林振勝	林連福	林愈鈞
林瑞瑤	林筱琪	林慧怡	林燕青	邱太一	邱振煥	邱瑩明	侯宣亞	姜金科	帥賢斌
施耀明	柯君樺	柯昇志	洪及第	洪文富	洪日熙	洪國棟	洪敏德	洪滄嘉	紀宏昇
孫一誠	孫宗正	孫美緣	孫茂勝	徐弘正	徐慶城	袁珠山	袁瑞輝	張允麗	張文芳
張世興	張宗聖	張建榮	張家華	張傳添	張嘉峻	張勳昌	張耀中	梁雅碩	許忠勇
許芳銓	許博凱	許景昌	許欽誠	許獻榮	連思甯	陳力陞	陳文譽	陳守善	陳宏謀
陳廷任	陳宗獻	陳宜君	陳明仁	陳明田	陳玟君	陳俊志	陳信揚	陳有秦	陳彥銘
陳昭政	陳昶仲	陳柏仲	陳禹安	陳泰維	陳益勳	陳惠萱	陳儀崇	陳劍虹	陳賢堂
陳聰波	陳鴻鑫	傅憲舫	曾天佑	曾秀甄	游惟勝	黃公輔	黃心宏	黃文村	黃立華
黃百慶	黃佳俊	黃尚堅	黃春妹	黃重禮	黃泰銘	黃啟昌	黃閱暄	黃稟超	黃詣翔
黃詩惠	黃鐘輝	楊天造	楊家豪	楊偉佑	楊超博	楊耀坤	葉乃嘉	葉宏仁	葉怡嘉
葉倍君	葉倚柔	葉國枝	詹秉鉉	詹益旺	詹國泰	詹慧倫	廖力毅	廖文立	廖俞婷
廖茂芳	廖述斌	廖敏洋	廖章傑	管灶祥	趙文崧	趙正誠	趙呈祥	鄺若愚	劉文義
劉玉賢	劉廷瑜	劉建明	劉建國	劉啟榮	劉錦成	潘泰廷	蔡佳杉	蔡佳勳	蔡明榮
蔡杰倫	蔡恩霖	蔡國喜	蔡銘洋	蔡篤煌	蔡鴻鈞	蔡璽翔	鄭玉奇	鄭啟智	鄭國揚
鄭翔太	蕭天讚	蕭為駿	戴于翔	謝呈昆	謝志勇	謝榮吉	謝肇新	鍾佩玲	簡銘陞
魏昭彥									

祝本會會員3月份壽星快樂

尤世杰	王文正	王史典	王瑞欽	王學賢	王耀德	左海生	朱翔	江宗龍	江社毅
江茂亮	何明印	何東煥	何欣恩	何秉彰	吳全成	吳承羲	吳明哲	吳保宗	吳昭瑩
吳國興	呂理嘉	呂傳欽	呂貴江	宋英雄	李俊儒	李保馨	李信賢	李建芳	李政道
李春銘	李悅源	李福春	沈辰融	卓錫輝	周佳彥	周雨鋼	周順安	林平衡	林其正
林志照	林杰民	林玟瑩	林芳雄	林金堂	林冠名	林柏儒	林倪綺	林泰穎	林健文
林榮宗	林儀	林賢平	林聰華	林懷仁	邱一麒	邱世欽	邱育德	邱家昌	邱振峰
邱國樑	邱瑞浩	邱瑞烽	邱增益	侯姣竹	施宜君	施宜興	施明宏	施炳源	施博元
洪國隆	洪煒竣	洪錫欽	胡書璋	胡耀仁	范振杰	孫國泰	徐惠珍	徐鳴遠	馬嘉良
高秉麟	張文雄	張正一	張正勳	張永昇	張志華	張西聯	張宗進	張家築	張展榕
張啟凡	張煜謙	張銘城	張賜祥	張鴻駿	張瀛澤	曹智禎	梁宗槐	莊全洽	莊詩慧
莊耀廷	許本麟	許兆奮	許芳偉	許家修	許榮志	郭正邦	郭芝蘭	郭鐘元	陳士哲
陳介任	陳世權	陳弘興	陳仲靈	陳志愈	陳志銘	陳坤雄	陳孟正	陳俊榮	陳俊豪
陳俞安	陳勇任	陳奕仁	陳柏誠	陳盈佑	陳竝暉	陳家鴻	陳振昆	陳智賢	陳鈺華
陳銘政	陳德鎬	傅華國	單更軒	彭至賢	曾宜慧	童健瓊	華志倫	黃千倫	黃志宏
黃昌博	黃虹毓	黃國生	黃崇濱	黃朝新	黃登冠	黃詩璇	黃德金	黃慶峯	楊培金
楊喻捷	楊進隆	楊聖峯	楊漢儒	楊馥綺	楊慶真	葉治浩	葉俊男	葉信宏	詹秋龍
廖元佑	廖聖聖	廖培宏	廖崇佑	齊凡翔	劉文華	劉宜慈	劉奕玟	劉恩慈	劉添裕
劉創群	劉華山	劉銘國	厲家珍	歐明哲	蔡仁和	蔡其洪	蔡卓璇	蔡尚縉	蔡松恩
蔡欣宇	蔡精龍	蔡慶宏	蔡慶賢	蔡篤學	蔡禮治	鄧立筠	鄧政宗	鄧文瑞	鄭嘉緯
蕭淑方	蕭敬樺	賴正軒	賴立人	賴金湖	賴信全	賴柏佑	賴朝宏	戴文堯	謝尚書
謝明芳	謝茂仁	鍾炳英	鍾斌魁	簡世昌	簡威臣	簡迺娟	簡陳榮	顏嘉民	魏智偉
羅仕傑	羅英書	蘇璋傑	蘇禮禎	蘇銓男	蘇劍秋				