

1020201143 號函、112 年 12 月 8 日衛部醫字第 1121668892 號函，針對醫事人員產（娩）假及（舊制）育嬰留停之停（歇）業事宜，說明略以：

- (一)產（娩）假：基於其非依個人意願申請等情，免依各醫事人員法辦理停業。
- (二)（舊制）育嬰留停：與產（娩）假有別，育嬰留停係依個人意願申請，爰考量醫療人力管理、醫療品質之維護及民眾就醫安全，育嬰留停仍應依各醫事人員法辦理；惟辦理育嬰留停僅需檢附申請書、執業執照及雇主同意育嬰留停文件；免附離職證明。

今勞動部為育有三歲以下子女之家長（員工）工作期間，可能遭遇傳染病導致停托（課）等不可抗拒因素，有短期請假育兒之需要等情，修正育嬰留職停薪實施辦法第 2 條，增訂以日為單位申請之新制育嬰留停（合併以 30 日為限），與上開依個人意願申請相對期間較長之舊制育嬰留停有別。

爰此，醫事人員配合上揭政策，依 115 年 1 月 1 日施行之育嬰留職停薪實施辦法第 2 條第 3 項第 2 款規定，申請以日為單位之新制育嬰留停，得免依各醫事人員法規辦理停業，俾使渠等能專心育兒；惟依過去既有（舊制）所申請之育嬰留停等非屬前開情形者，仍應依上開說明段辦理停業事宜。



西醫基層總額共管會議健保署 中區業務組報告事項

中區西醫基層總額共管會 114 年第 4 次會議，茲摘錄健保署中區業務組部分報告事項內容如下：

壹、報告事項：

一、115 年春節連續假期開診加成獎勵及開診率

(一) 115 年春節 9 天(115 年 2 月 14 日至 2 月 22 日)連續假期，若有開診，本署將核發開診加成獎勵金，包含診察費和藥服費，獎勵方式及申報規範說明如下：

1. 獎勵方式：

(1) 門診：醫院及西醫基層（含藥局）之診察費及藥事服務費初一至初三加成 100%；除夕、初四及初五加成 50%；小年夜及其餘連假加成 30%。(表 1)

(2) 急診及住院：診察費、護理費及藥事服務費加成 100%。

表 1、115 年門診春節加成獎勵加成率

假別及日期 (115 年)		加成率
初一至初三	2/17、2/18、2/19	100%
除夕、初四及初五	2/16、2/20、2/21	50%
小年夜及其餘連假	2/14、2/15、2/22	30%

2. 申報規範：

- (1) 本方案獎勵金由本署統一擷取實施期間申報資料計算並撥付，無須額外申報加成。
- (2) 敬請轉知會員，若規劃於春節連假期間開診，請至本署健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄春節開診時段資訊（路徑：首頁／醫務行政／看診資料及掛號費維護／時段：115 年除夕及春節假期）。

(二) 截至 114 年 12 月 15 日，西醫基層春節開診情形為：除夕開診率為 32%，初一至初三為 4% 至 8%，其中除夕開診率較 114 年之 34% 減少 2%，其餘均持平或微幅成長。如依醫師全聯會建議急症科別（家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科）來看，除夕開診率為 39%，初一至初三為 7% 至 11%（表 2）。敬請持續鼓勵會員於春節期間提供醫療服務。

表 2、中區業務組西醫基層診所 115 年春節連續假期開診率

115 年開診率(A)	114 年開診率(B)	開診率成長情形 (A-B)	符合全聯會建議急症科別 115 年開診率
2026/2/15 小年夜(日)	12%	51%	-39%
2026/2/16 除夕(-)	32%	34%	-2%
2026/2/17 初一(-)	4%	3%	1%
2026/2/18 初二(-)	6%	4%	1%
2026/2/19 初三(-)	8%	7%	2%
2026/2/20 初四(-)	22%	15%	7%
2026/2/21 初五(-)	35%	9%	26%

*統計至 114 年 12 月 15 日

決定：中區分會建議春節連續假期開診加成獎勵方案將同一療程處置類也納入加成項目，並建議參考 UCC 試辦計畫支付標準及人力費用給付金額，請醫師公會於 115 年討論 116 年春節獎勵時於相關會議提出建議。

二、中區西醫基層重複用藥管理方案 114 年第 1 季追蹤

(一) 114 年第 1 季中區西基重複用藥點數占率為 0.29%；各縣市中以台中市重複用藥點數 54 萬餘點(占率 0.31%)最高(表 3)。

(二) 依方案重複點數大於 1,000 點逕予核減計 471 家診所、152 萬餘點。其中大於 1 萬點之診所共有 15 家，本組業已於 114 年 11 月 20 日發函輔導，並追蹤 114 年第 4 季改善情形。

(三) 診所可至「VPN/保險對象管理」查詢「重複用藥輔導報表」供改善參考，並請善用健保雲端系統跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)，避免重複用藥，以撙節醫療資源。

表 3、114 年第 1 季中區西醫基層各縣市重複用藥方案核扣情形

縣市別	114Q1		114Q1 數 113Q1		
	重複用藥點數(萬)	重複用藥點數占率 %	核扣家數	重複用藥增加點數(萬)	增加核扣家數
臺中市	54.7	0.31%	848	159	-11.4 -6
大臺中	51.0	0.30%	694	157	-8.2 -29
彰化縣	32.1	0.26%	212	107	-7.9 -8
南投縣	14.4	0.26%	479	48	-5.0 -13
中區	152.1	0.29%	2,233	471	-32.5 -56

註：重複用藥增加點數=114Q1 重複用藥點數-113Q1 重複用藥點數。

三、西醫基層總額整體性醫療品質資訊公開

(一) 114 年第 2 季西醫基層總額整體性醫療品質資訊公開指標項目，中區有 1 項指標（門診抗生素使用率）超出參考值，其餘 5 項接近參考值，詳如表 4。

(二) 請轉知會員審慎使用門診注射劑、抗生素、抗憂鬱、安眠鎮靜藥品，善用健保醫療資訊雲端查詢系統避免用藥重疊。本組後續將追蹤指標改善情形，必要時將進行專業審查，以了解合理性。

表 4、114 年第 2 季西醫基層總額整體性醫療品質指標

指標名稱(編號)	參考值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
門診注射劑使用率(1150.01)	≤0.59%	0.49%	0.37%	0.59%	0.48%	0.51%	0.35%
門診抗生素使用率(1140.01)	≤15.35%	16.97%	15.23%	16.30%	13.87%	12.17%	15.20%
門診 Quinolone & Aminoglycoside 類抗生素藥品使用率(2768.01)	≤0.68%	0.60%	0.75%	0.67%	0.57%	0.47%	0.42%
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症(1727)	≤0.16%	0.13%	0.10%	0.16%	0.12%	0.07%	0.06%
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)(1728)	≤0.23%	0.22%	0.12%	0.23%	0.17%	0.11%	0.17%
跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症(1730)	≤0.35%	0.25%	0.21%	0.35%	0.24%	0.22%	0.11%

四、復健科復健強度輔導

(一) 114 年 1 月至 9 月中區西基與其他分區復健治療強度占率比較，物理簡單治療占率 44.3% 全署最低、中度治療占率 54.5% 全署最高，職能及語言複雜治療占率偏高(表 5)

表 5、各分區業務組復健科復健強度占率

項目	強度	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
物理治療	簡單	63.5%	63.3%	44.3%	59.9%	71.7%	81.3%
	中度	35.0%	35.9%	54.5%	38.9%	27.7%	18.4%
	複雜	1.5%	0.8%	1.1%	1.2%	0.5%	0.3%
職能治療	簡單	1.6%	1.8%	6.0%	6.8%	8.4%	0.4%
	中度	80.4%	90.6%	76.6%	84.2%	86.0%	81.7%
	複雜	17.9%	7.6%	17.4%	9.1%	5.6%	17.9%
語言治療	簡單	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	
	中度	49.4%	66.0%	64.7%	86.0%	80.3%	
	複雜	50.6%	34.0%	35.3%	14.0%	19.5%	

(二) 後續針對排除早療個案(7 歲以下)後，以下列標準篩選院所發函輔導，已於 114 年 12 月 2 日發函 24 家院所，並將持續追蹤治療強度結構改善情形：

- 物理治療簡單占率<10% 或 複雜占率>3%。
- 職能、語言複雜占率>10%。
- 其他分區管理辦法供參：每人復健費用、治療人員平均產能、核減率等高於 PR90 以上診所辦理自清或審查，合計繳回 1,526 萬。

五、114 年第 3 季檢驗醫令(含生化、血液及尿液檢查)追蹤改善結果

(一) 本組已於 114 年 9 月 4 日將 114 年第 2 季結果發函輔導，預計追蹤 114 年第 4 季改善情形，如未改善將辦理回溯審查。

(二) 分析 114 年第 3 季，共計 9 家列入管理(包含家醫科 2 家、內科 6 家、小兒科 1 家，其中 1 家為新增名單)，並轉請分科委員輔導管理，本組每季持續監測及辦理回溯審查(表 6)。

表 6、114 年第 3 季中區西基檢驗醫令耗用院所數分布

級距	指標 1-每人平均檢驗費用		指標 2-每人平均檢驗醫令量		指標 3-人數執行率大於 70%
----	---------------	--	----------------	--	------------------

六、居家醫療整合照護計畫收案條件及訪視宣導

(一) 分析 114 年第 1 季至第 3 季居家醫療整合照護計畫個案外出就醫情形，中區參加計畫之診所共 626 家、其中有 109 家診所照護之個案有每月外出就醫次數達 4 次以上者(僅門診，不包含急診)，共 802 人，且從未於居家醫療訪視開立藥物者 220 人(表 7)。

表 7、居家醫療個案外出就醫分析

縣市別	參與居家 計畫 收案人數	個案每月 外出就醫 4 次以 上		個案每月外出就醫 4 次以 上且居家計畫未開立藥物		
		診所數	人數	院所數	人數	
台中市	178	2,852	30	140(5%)	18	48
大台中	208	6,625	50	470(7%)	19	70
彰化縣	148	2,297	16	106(5%)	10	77
南投縣	92	991	13	86(5%)	4	25
合計	626	12,765	109	802(9%)	51	220

(二) 為了解居家照護情形，本組於第 3 季訪視 4 家診所照護之 25 位居家醫療個案。經實地訪視後發現以下問題：

1. 不符收案條件：個案騎車外出、在果園採收水果、自行至關懷據點參加活動。
2. 所需藥物(如：慢性病用藥)皆外出至固定院所看診領藥，居家醫療醫師未開立該等用藥，或僅開立一次性所需藥物(如：祛痰藥、瀉藥、外用藥膏)。
3. 部分院所於訪視時僅量測血壓、血氧，未進行其他醫療處置。
4. 訪視時，未依計畫規定留存訪視紀錄於案家。
5. 未依規定收取 5% 之部分負擔，導致個案認為居家醫療為免費服務。

(三) 本組已針對 4 家診所發文輔導，並將不 符收案條件之個案逕予結案。

(四) 為使居家醫療資源合理使用及確保照護品質，請協助輔導診所應依計畫規定審慎評估收案之必要性、提供個案適切照護，減少個案外出就醫頻率，以符合計畫收案精神；並應依規定收取部分負擔、留存訪視紀錄於案家，本組將不定期抽訪。

七、在宅急症照護計畫西醫基層抽審結果

(一) 本組辦理 114 年 1 月至 6 月西醫基層在宅急症照護計畫專案抽審，藉此了解照護品質及執行是否符合計畫規範。

(二) 經審查後，件數核減率 28.8%、點數核減率 28.4%(55 萬點)。專審核減原因以 不符收案條件 20 件最多，結果如表 8。

表 8、中區在宅急症照護試辦計畫案件審查結果

院所名稱	核減		核減率		不符收案條件 核減件數
	件數	點數	件數	點數	
A 診所	7	144,925	43.8%	40.6%	6
B 診所	8	198,929	61.5%	52.8%	6
C 診所	4	87,042	44.4%	44.9%	4
D 診所	0	0	0.0%	0.0%	0
E 診所	4	88,566	40.0%	31.1%	3

院所名稱	核減		核減率		不符收案條件 核減件數
	件數	點數	件數	點數	
F 診所	1	16,640	12.5%	8.3%	1
G 居護所	6	14,040	15.4%	3.5%	0
H 居護所	0	0	0.0%	0.0%	0
I 居護所	0	0	0.0%	0.0%	0
合計	30	550,142	28.8%	28.4%	20

其他核減原因：病歷不齊全、無護理訪視紀錄(居護所)、護理紀錄與醫師紀錄不一致(居護所)等。另有審查意見回饋：依據診斷/病況，無使用該類藥品治療之必要、檢查/檢驗報告過於簡略，不符專業認定、與病情無關之非必要檢查或檢驗。

八、家醫大平台使用情形及宣導

(一) 本組 114 年 1 月至 10 月家醫大平台使用率僅 22.2%，為全署最低(全署使用率為 31.9%)，截至 114 年 11 月 11 日為止，各縣市未使用家醫大平台之醫療群診所比率以臺中市 84.0% (356 家)為最高，其次為彰化縣 73.7%(244 家)、大臺中 70.7%(313 家)、南投縣 65.7%(90 家)，如表 9。

(二) 家醫大平台提供收案病人疾病樣態、P4P 收案及追蹤情形與統計、檢驗數值、用藥紀錄及生活型態量表、家醫評核指標成績、預防保健執行狀況與篩檢名單查詢及下載等功能，可下載 P4P、代謝計畫逾期未追蹤之病人名單、預防保健篩檢名單等，協助診所個案追蹤管理。請輔導會員多加利用家醫大平台查閱病人健康資訊，加強個案管理，以提供病人更完整之照護。家醫大平台路徑如圖 1。

表 9、114 年 1 月至 11 月 11 日家醫大平台各縣市使用情形

縣市別	未使用家醫大平台診所數	全部診所數	未使用比率
臺中市	356	424	84.0%
大臺中	313	443	70.7%
彰化縣	244	331	73.7%
南投縣	90	137	65.7%
總計	1,003	1,335	75.1%



圖 1、家醫大平台路徑

決定：臺中市醫師公會表示該會參與衛福部深耕計畫，部分經費規劃用於提高會員使用家醫大平台之便利性，增加使用率，本組後續將另與臺中市醫師公會共同討論可行方案。

九、家醫 2.0 教育訓練應於年底前完成

依家醫計畫規定，參與家醫 2.0 醫療群之診所醫師應按其收案對象之疾病樣態，接受相關教育課程。本組已於 114 年 11 月 10 日提供各醫療群醫師家醫 2.0 教育訓練受訓情形，目前尚有 254 位醫師尚未完成教育訓練(統計至 114 年 9 月

之課程)，請協助提醒會員務必於年底前完成家醫 2.0 教育訓練。

十、C 肝全口服新藥計畫 114 年中區執行情形(表 10)

(一) 參與院所共 264 家(診所 200、醫院 64)，113 年累計至 114 年 11 月 13 日轄區治療人數共 4,131 人，完成治療有 2,618 人，完治率 80.9%。

(二) 非醫療因素未完成治療原因主要為：中途放棄或中斷治療超過一週有 148 人、逾時未登錄 VPN 自動結案有 357 人，合計占整體治療人數 12.2%。

(三) 收治時請向個案說明須回診檢驗的重要性，並依 C 肝口服藥藥品給付規範排定回診檢驗時間、輔導個案回診，若未依時間檢驗或登錄則視為未完成治療，由系統逕予結案。為提高完成治療率，本組每季提供各醫療機構未完治個案名單，請協助宣導院所積極追蹤治療。

(四) 診所本身若無法執行 RNA 檢驗或提供全口服用藥，請將病患轉介到有執行治療院所。查詢路徑如下 (<https://www.nhi.gov.tw/ch/lp-2519-1.html>)：健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保藥品與特材及醫療服務/健保藥品/其他藥品相關事項/C 型肝炎全口服新藥專區。

(五) 請善用「雲端查詢系統 BC 肝炎專區」：看診查詢該專區時，若摘要區有紅字顯示「查詢病人最近 1 次 B、C 型肝炎就醫紀錄及公費篩檢資格」，可進一步檢視病人最近 1 次 B、C 肝炎用藥、檢驗、就醫紀錄，並評估個案是否需要接受治療或轉介至適當院所。

表 10、113 至 114 年申請 C 肝全口服用藥治療情形

分區	結案原因							總計	完成治療率
	0-完成療程	1-放棄或中斷治療	2-服藥4週後病毒量未降低	3-專業評估需停藥	4-死亡	5-療程結束後仍有病毒	Z-系統自動結案		
臺北	3018	280		29	76	19	265	1,131	4818 81.86%
北區	1947	45		19	62	17	243	662	2995 83.45%
中區	2618	148	2	14	72	25	357	895	4131 80.90%
南區	2782	79	1	39	84	21	280	742	4028 84.66%
高屏	2376	181	1	50	57	15	175	926	3781 83.22%
東區	387	7		9	6	8	73	108	598 78.98%
總計	13,128	740	4	160	357	105	1,393	4,464	20,351 82.63%

十一、重申代謝症候群收案評估及追蹤管理相關規定

(一) 本組近期接獲民眾申訴：未至診所就醫、未受到衛教，健康存摺卻有代謝症候群追蹤管理費之紀錄，故重申執行「代謝症候群防治計畫」相關規定與注意事項：

1. 請務必讓民眾知情同意後再進行收案，切勿僅憑檢驗結果符合就收案。
2. 本計畫僅有追蹤管理得以使用電話、訪視、診間等方式進行，相關資料均會上傳至健康存摺，請務必確實聯繫收案對象進行諮詢與衛教。
3. 收案評估及年度評估皆須收案對象回診，提供衛教指導或調整照護目標及策略等，方可進行申報。
4. 詳細內容請參考「衛生福利部國民健康署代謝症候群防治計畫」伍、

收案條件與服務內容、結案條件。
(二) 本組已於 114 年 11 月 15 日以電子郵件通知轄區代謝計畫參與院所，相關代謝申報及規定事項，亦請公會代表協助向會員宣導。

十二、轉診支付標準作業宣導

- (一) 自 114 年 9 月 1 日起，刪除 01037C 辦理轉診費_上轉-未使用保險人電子轉診平台、新增 00193C-接受下轉門診診察費加算-使用保險人電子轉診平台。
(二) 接受下轉門診診察費加算-使用保險人電子轉診平台 00193C (500 點) 支付標準規定：
1. 接收 00192A、01034B 之轉診案件。
2. 接受轉診後，應將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。

十三、特定管制藥品關懷名單查詢功能改版宣導

- (一) 為加強安眠藥物用藥管理，若病人為最近 6 個月內使用安眠藥物超過 WHO 建議使用量則列入關懷名單管理，若當次就醫有開立安眠藥物(Nimetazepam、Flunitrazepam、Brotizolam、Zopiclone、Eszopiclone)則必須至「健保雲端系統/西醫用藥/特定管制用藥」頁籤，了解病人最近 6 個月用藥情形，作為開立安眠藥物劑量參考。
(二) 新增預設頁籤設定功能，建議常開立安眠藥物診所使用，將「特定管制用藥」頁籤設定為登入健保醫療資訊雲端查詢系統時第一個顯示頁籤，方便醫師快速查閱病人安眠藥物使用歷程。

十四、中區西基開立慢性病連續處方箋無後續調劑改方案

- (一) 依據 114 年第 1 次中區西醫基層總額共管會議決議辦理，於費用年月 114 年 7 月起，針對開立慢連箋後續未調劑之案件，慢箋診察費將改支為一般診察費。
(二) 排除單月診所未調劑案件占率未達 5% 者、不予支付指標已核扣點數及總改支點數小於 1,500 點者。
(三) 以 114 年 3 月資料計算，初估改支家數為 120 家 2,757 件，約 58 萬點。
(四) 考量申報時程，將於開立慢箋 8 個月後執行勾稽改支作業，以 114 年第 1 季資料模擬改支結果已放置於 VPN 供參考，提供下載日期：114 年 11 月 19 日，下載名稱：114Q1 慢箋無後續調劑檢核明細。模擬改支金額前 5 名院所，另予電話加強輔導並提醒下載檢核明細。

十五、西醫基層總額點值 114 年第 2 季結算及 114 年第 3 季預估報告

- (一) 114 年第 2 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.88949095	0.91892317	6
北區	0.90556970	0.93279616	5
中區	0.93919954	0.95666211	4
南區	0.98314802	0.98797927	2
高屏	0.95054636	0.96440327	3
東區	1.07169533	1.04464612	1
全署	0.92680893	0.94685413	

(二) 114 年第 3 季點值預估之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.88514397	0.91613616	6
北區	0.90258064	0.93100748	5
中區	0.94957829	0.96354111	4
南區	0.99482567	0.99515005	2
高屏	0.97351717	0.97915413	3
東區	1.14679340	1.08390030	1
全署	0.93215782	0.95075587	

十六、西醫基層總額醫療費用申報概況報告決定：

1. 有關 114 年第 3 季中區西基門診就醫人數占率 59.8%，較 114 年第 1 季 62.3%、第 2 季 61.6% 下降，委員認為無法看出分級醫療推動多年之成效，後續將針對近幾年本組及各分區業務組相關數據，分析是否有顯著下降情形。
2. 有關中區診療醫令成長貢獻度最高之復健治療項目，委員建議了解早療復健項目於其中之占比為何，本組後續將進一步分析。



活動後報導

學術演講

12 月 28 日假衛生福利部臺中醫院 12F 大禮堂舉辦學術演講會。第(1)場由臺中榮民總醫院胸腔內科黃偉彰醫師主講：「氣喘診治最新進展」。第(2)場由中國醫藥大學附設醫院內科部心臟血管系呂尚謁醫師主講：「心臟衰竭治療最新進展」，參加會員計 79 名。



◎◎福壽綿綿◎◎

12 月份生日會員 457 名，本會均寄精美生日卡以表祝賀。滿 65 歲以上會員為張慶忠、黃儒聲、趙明義、陳禮平、鄭正禮、黃振田、沈秉衡、洪宏志、陳冠任、吳淑惠、陳昭安、劉富山、林登圳、施純熙、賴富源、鄭芳仁、黎方中、嚴慶年、陳泰昌、余傑良、顏文雄、林聖峰、李鴻樟、林進盛、吳右任、陳在誠、吳光雄、周德陽、蔡新中、胡為雄、郭吉智、潘昭雄、禤麗霞、許松雄、陳得源、趙文琪、詹建發、曾梓展、林俊輝、黃安誠、吳天成、蕭裕明、羅文俊、楊啟瑞、賴敏生、邵國寧、張鉄治、劉秋松、王泰全、曹昌堯、施純明、陳伊呈、陳適安、呂泓、黃秋錦、范其就、葉娜娜、王敏彥、曾露、林經堯、徐章虎、楊有家、高振能、陳伯彥、陳忠義、陳新志、蔡哲宏、江坤燦、張惠滿、蕭毅霞、程乃義、鄭若瑟等醫師，本會另寄生日禮券以資祝賀。另對年滿 65 歲並加入本會屆滿 25 年以上之會員，致送禮金 2000 元整回饋【永久會員無此項福利】及第一年加贈紀念品乙份祝賀。



本會各社團訊息

1388 樂團

恭賀吳英偉醫師擔任社長

本會 1388 樂團於 2025 年 12 月 29 日召開社員大會，恭賀吳英偉醫師擔任社長。
固定每星期一中午 1:00-2:10 團練
地點：臺中市西區西屯路一段 169 號(和龍民
龍聯合里活動中心)歡迎加入！



網球聯誼社

2026 年活動排定表

2026 年社長：黃士韋醫師。
球敘時間：上午 8 點半-11 點。
球敘地點：大里公五網球場。
(大里區興大南街)
年度賽地點：中興網球場(北屯區山西路二段
231 號)

球敘日期：

日期—活動	日期—活動
1/11—球敘	7/12—分齡單打
2 月份遇連假暫停一次	8/16—雙打預賽
3/8—球敘	9/13—雙打預賽
4/12—球敘	10/18—球敘
5/17—球敘	11/8—年度賽 (8:30)
6/21—分齡單打	12/13—球敘

請愛好網球運動之會員踴躍參與，一同切磋球技，球敘時間若有異動屆時會在網聯社 Line 群組通知，如尚未加入群組之社員，請洽公會廖芸萱小姐或請網球同好邀請加入亦可。



衛生局轉知

高風險族群接種 A 型肝炎疫苗

衛生局轉知因應近期急性病毒性 A 型肝炎疫情，請惠予轉知相關人員加強宣導高風險族群接種 A 型肝炎疫苗，說明：

本(114)年截至 11 月 30 日，A 型肝炎確定病例累計 406 例，為近 9 年同期最高，其中 380 例為本土病例，26 例為境外移入病例，個案以 30 至 39 歲男性為多，20-29 歲次之，目前疫情未見趨緩。調查發現，本土個案中約有 36.8% 無法排除經由不安全性行為而感染，28.7% 無法排除與食用受汙染的飲食相關，27.1% 曾有性病 (HIV、梅毒、淋病) 通報史。

疾管署提供符合條件之接觸者於可傳染期最後一次接觸後 14 天內公費接種 1 劑 A 型肝炎疫苗，接種後有 9 成以上的保護力。查本年每例 A 型肝炎確定病例平均匡列 2.2 名接觸者，符合接觸者公費疫苗接種條件且完成接種者占 72.8%，低於 112 年 77.9% 及 113 年 81.6%。

為降低 A 型肝炎傳播之風險，請惠予協助，如診治 HIV 感染者或就診病患為男男間性行為者等高風險族群，加強 A 型肝炎預防措施宣導，並衛教依時程自費接種 2 劑 A 型肝炎疫苗 (2 劑間隔 6-12 個月) 以避免感染 A 型肝炎病毒。

有關急性病毒性 A 型肝炎相關資訊，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 > 第二類法定傳染病 > 急性病毒性 A 型肝炎項下查閱。



請多鼓勵門診就醫之 65 歲以上長者接種流感疫苗

衛生局轉知為提升長者流感保護力，請惠予協助轉知所轄合約院所鼓勵門診就醫之 65 歲以上長者接種流感疫苗。

依據疾管署統計資料顯示，本(114)年度流感季截至 12 月 15 日止，已累計 380 例流感重症病例及 68 例死亡，其中重症病例以 65 歲以上長者(占 64%)及具慢性病史者(占 83%)為多，且 92% 未接種本季流感疫苗。另近期全球流感活動度上升，中國整體疫情呈上升趨勢，鄰近國家日本、韓國處高點，東南亞部分國家(如泰國、越南等)自 9 月中旬後便進入活躍期，流感病例增多；東/北/西南歐、亞、西非、北/中美洲及加勒比海地區流感活動上升。

查長者因身體機能逐漸衰退、免疫力下降，罹患流感後易引發嚴重併發症(如急性支氣管炎、肺炎等)，其住院與死亡風險亦顯著高於一般成人，又接種疫苗是預防流感最有效的手段，故將長者列為公費流感疫苗接種之最優先重點對象。惟截至本年 12 月 15 日止，我國 65 歲以上長者流感疫苗接種率為 49.7%，距年度目標 55% 仍有約 24 萬人次差距。

經分析本年度長者流感疫苗接種院所分布情形，以基層診所占比最高(約 45%)，其次為衛生所(約 29%)及醫院(約 26%)，顯見基層診所為長者流感疫苗接種之重點場域。疾管署已再增購 15 萬劑流感疫苗，且依原始計畫量比例原則分配並於近日配達衛生局，擬於後續妥適分配及調度所轄疫苗量至本市各區，並惠予協助轉知所轄基層合約診所，倘於門診遇有尚未接種流感疫苗且經評估適合接種疫苗之長者，應積極鼓勵其接種疫苗，以降低長者罹患流感發生重症及死亡風險，保障長者健康。



1/31 前接種腦膜炎雙球菌四價接合型疫苗 免收疫苗費用

衛生局轉知衛福部疾管署為使國內儲備之腦膜炎雙球菌四價接合型疫苗(批號：AMVB039A，效期至 115 年 1 月 31 日)發揮最大接種效益，開放 115 年 1 月 1 日至 1 月 31 日期間，提供民眾免收疫苗費用接種一案，請貴所(單位)宣達。

依據港埠檢疫規則第 20 條規定辦理略以，為防範國際間之傳染病流行，疾管署得提供上揭疫苗接種服務，並得委由相關機關或醫療機構辦理。

鑑於疫苗均有保存期限，為提升其使用效益，疾管署將開放民眾於 115 年 1 月 1 日至 1 月 31 日期間內，赴旅遊醫學合約醫院(下稱合約醫院)，「免收疫苗費用」接種疫苗，其餘如掛號費、診療費及國際預防接種證明書等費用，仍由民眾自行負擔，本市合約醫院為衛生福利部臺中醫院及童綜合醫療社團法人童綜合醫院，請進行宣達，如有接種需求可請先洽詢合約醫院預約接種，疫苗數量有限用罄為止，檢送合約院所旅遊醫學門診價目表供參。

本案僅針對上揭指定批號及效期之疫苗免收疫苗費，其餘如掛號費、診療費及國際預防接種證明書等費用，仍由民眾自行負擔。倘該批次疫苗提前接種完畢，將啟用新批次疫苗，並恢復收取疫苗費用(新臺幣 1,525 元/劑)。



COVID-19 疫苗公費接種對象 自 115 年 1 月 1 日起擴大為「滿 6 個月以上尚未接種之民眾」

衛生局轉知「114-115 年度 COVID-19 疫苗接種計畫」公費接種對象自 115 年 1 月 1 日起擴大為「滿 6 個月以上尚未接種之民眾」，說明：依衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)114 年 12 月 9 日第 4 次會議討論，考量時序入冬為呼吸道傳染病好發季節，以及後續春節連續假期探親旅遊等活動頻繁，COVID-19 傳播風險增加，且接種疫苗後產生抗體約需 2 週，決議自 115 年 1 月 1 日至 115 年 2 月 28 日擴大 COVID-19 疫苗公費接種對象為「滿 6 個月以上尚未接種之民眾」，以提升民眾免疫保護力，降低感染後併發重症及死亡風險。

目前國內提供之公費 COVID-19 疫苗計有 Moderna 及 Novavax 種廠牌，依疫苗核准適應症，Moderna LP.8.1 COVID-19 疫苗適用年齡為滿 6 個月以上，Novavax JN.1 COVID-19 疫苗適用年齡為滿 12 歲以上，爰滿 6 個月以上至 11 歲民眾僅可接種 Moderna LP.8.1 COVID-19 疫苗，滿 12 歲以上民眾可擇任 1 種廠牌疫苗接種。前揭擴大接種對象期間，尚未接種民眾皆可接種，如已接種其中 1 種廠牌疫苗者，則無須再接種；相關接種建議同現行實施作業。

目前辦理「Moderna COVID-19 疫苗公費轉自費接種作業」之合約醫院，衛生福利部疾病管制署以另函通知該些合約醫院配合上揭政策於 115 年 1 月 1 日至 115 年 2 月 28 日期間暫停

實施。

邁來持續發現部分合約院所將公費疫苗錯誤登錄為自費疫苗，請各區輔導接種單位確實正確登錄接種紀錄，並應每日運用 API 介接或媒體匯入上傳全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)，確保疫苗接種資料上傳及庫存回報，以利後續資料統計、接種處置費核付、民眾接種紀錄正確保存及接種史查詢。

請各區衛生所依衛生局定期調查提報 COVID-19 疫苗接種地點關資訊，以利更新於本局網站 COVID-19 疫苗接種專區及衛生福利部疾病管制署「流感新冠疫苗及流感藥劑地圖」，以利民眾查詢。另如接獲機構、機關、企業及學校等接種需求時，請協助安排媒合合約院所提供的集中接種服務。

請各區衛生所轉知轄內合約醫療院所配合辦理並廣為宣導。



成人公費肺炎鏈球菌疫苗接種計畫

衛生局轉知檢送「成人公費肺炎鏈球菌疫苗接種計畫」，自 115 年 1 月 15 日起實施，請配合辦理。

為有效提升成人肺炎鏈球菌疫苗接種完成率，降低我國成人因侵襲性肺炎鏈球菌感染症(IPD)導致嚴重併發症或死亡風險，減少醫療費用支出，參依國際間接種趨勢並經「衛福部傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)」本(114)年 3 月 27 日第 1 次會議及本年 9 月 2 日第 3 次會議決議，以單劑之 20 價或 21 價結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV20 或 PCV21)取代 2 劑[13/15 價結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV13/15)及 23 價肺炎鏈球菌多醣體疫苗(PPV23)]接種，爰訂定上揭計畫，說明如下：

(一) 實施時程：115 年 1 月 15 日起。

(二) 實施對象：

1. 具中華民國國民身分之 65 歲以上民眾。
2. 55 至 64 歲原住民，需檢具身分證明文件如戶口名簿或戶籍謄本。
3. 19 至 64 歲符合 IPD 高風險對象定義(脾臟功能缺損、先天或後天免疫功能不全、人工耳植入、腦脊髓液滲、一年內接受免疫抑制劑或放射治療的惡性腫瘤者及器官移植者)之民眾，需檢具診斷書等相關佐證資料，或經醫師依民眾之健保就醫資料或病歷等評估後接種。
4. 以上接種年齡定義以「接種年」減「出生年」計算。
5. 外籍人士需具健保身分或持有居留證。

(三) 接種銜接原則：

1. 從未接種過 PCV13/15/20 及 PPV23 者接種 1 劑 PCV20。
2. 曾接種 PPV23 且間隔至少 1 年者接種 1 劑 PCV20。
3. 曾接種 PCV13/15 且間隔至少 1 年者(IPD 高風險對象或 65 歲以上「機構住民」及「洗腎患者」間隔至少 8 週)應先以 1 劑 PPV23 銜接接種，至 PPV23 用罄後，則以 PCV20 銜接接種。
4. 如已接種過 PCV13/15 及 PPV23 或 PCV20，代表已完整接種肺炎鏈球菌疫苗，無需再接種 PCV20。
5. 對於 19 至 64 歲 IPD 高風險對象，如於 65 歲前完整接種 PCV13/15 及 PPV23，可於滿 65 歲(含)且與前劑間隔滿(≥)5 年後，再追加接種 1 劑 PCV20。

若有執行成人公費肺炎鏈球菌疫苗接種時，應注意下列事項：

(一) 有關前揭接種銜接原則第 3 點，PPV23 用罄後始以 PCV20 銜接接種一事，PPV23 用罄係以「全國用罄」為原則，爰請貴院屆時配合待衛生福利部疾病管制署統一公布 PPV23 用罄，並請提醒接種人員勿逕行決定 PPV23 用罄。

(二) 自 115 年 1 月 15 日起，貴院庫存之 PCV13 全數轉為幼兒常規接種使用，若非屬幼兒常規疫苗合約院所，請協助將疫苗繳回轄區衛生所。

(三) 因應成人肺炎鏈球菌疫苗政策轉換，請貴院應告知接種人員應確實熟稔上揭接種計畫實施期程、對象與接種銜接原則，辦理接種前，應詳細核對民眾接種資格，包括年齡、疫苗接種史、原住民族身分及 IPD 高風險對象佐證資料。有關民眾疫苗接種史，請透過「醫療院所預防接種紀錄查詢子系統 <https://hiqs.cdc.gov.tw>」查詢。

(四) 請加強提醒接種人員，僅接種過 CV13/15 且間隔滿 1 年者(IPD 高風險對象或 65 歲以上「機構住民」及「洗腎患者」間隔至少 8 週)，應先以 1 劑 PPV23 銜接接種。

(五) 請貴院務必將接種紀錄登錄於醫療院所資訊系統(HIS)，每日運用 API 介接上傳 NIIS，尚未完成 API 介接之院所，應透過 NIIS 子系統每日按時以媒體上傳方式回報疫苗接種資料及庫存量，以利疫苗接種史查詢、正確銜接及資料比對統計等相關作業。

(六) 疫苗劑別代碼請以民眾接種之疫苗種類及實際劑別上傳 NIIS，以未曾接種過 PCV20 者為例，上傳疫苗代碼及劑別為

20PCV-1，各批接種於成人公費對象之
PCV20 及 PPV23 批號務請加上「-CDC」。

- (七) 請務必於登錄 IPD 高風險對象、65 歲以上
「機構住民及洗腎患者」之接種資料時，
註記身分別代碼「R02A」，俾利系統正確
區分統計，以及接種處置費之正確核付。
(八) PCV20 藥品代碼為「K001268206」，請依
衛生福利部疾病管制署之「兒童常規疫苗、
成人肺炎鏈球菌疫苗、新冠疫苗及
流感疫苗接種處置費補助作業計畫」，提
醒接種人員配合納入公費 PCV20 之接種
處置費申報邏輯，並依該作業計畫儘速
完成接種單位之診間資訊系統相關程式
調整。

有關上揭計畫、「成人肺炎鏈球菌疫苗接種須
知」、「成人公費肺炎鏈球菌疫苗接種同意書」
及「成人公費肺炎鏈球菌疫苗接種 Q&A」可
至衛生福利部疾病管制署全球資訊網下載，
提供執行接種作業有關人員運用，並請密切
注意更新資訊。

愛滋病毒篩檢驗同意程序
可採口頭方式辦理

衛生局轉知為強化愛滋防治與營造友善醫療
環境，促使愛滋病毒檢驗普及化，重申提供
民眾愛滋病毒篩檢驗，經當事人知情同意形式
可採口頭方式辦理，詳如說明，請轉知相關
人員知悉並遵循辦理。

邇來疾管署接獲反映，部分醫療院所於提供
愛滋病毒檢驗服務時，仍要求須書面簽訂同
意書，或於院內系統設定自動帶入書面同意
流程，須檢附同意書後方能開立醫令等情
形，以致增加院所行政作業與工作人員負
擔，形成提供愛滋病毒檢驗服務的行政障礙。
依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權
益保障條例」第 15 條第 4 項規定，醫事人員
除依第 11 條第 1 項規定外，應經當事人同意
及諮詢程序，始得抽取血液進行 HIV 檢查。
前述同意及諮詢程序，包括檢驗前資訊及檢
驗後諮詢，並著重於愛滋感染早期診斷早期
治療預後良好，初步檢驗若結果為陽性仍需
進一步進行確認檢驗，相關內容可參閱疾管署
「愛滋防治工作手冊」第貳章「HIV 檢驗及
諮詢服務」，且同意程序可採口頭方式。而
醫療院所採行民眾口頭同意程序，若有需要
亦可於院內系統或病歷設定勾選或記載「醫
事人員已向民眾說明，經口頭同意接受 HIV
檢驗」等類似紀錄。

請轉知相關人員重申於進行愛滋諮詢與檢驗
時，經受檢者口頭同意即可進行，並進行院
內 HIV 檢驗程序檢視與非必要行政限制的調
整，以利愛滋檢驗工作推廣，及早發現潛在
感染者，及早診斷治療，維護民眾健康與工
作人員安全，相關資訊可至疾管署全球資訊
網（傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免
疫缺乏病毒（愛滋病毒）感染/重要指引及教
材/愛滋防治工作手冊/第貳章-HIV 檢驗及諮
詢服務項下）查閱。

修訂 HIV 及 AIDS 通報定義

衛生局轉知衛福部疾管署修訂之人類免疫缺
乏病毒(HIV)及後天免疫缺乏症候群(AIDS)
通報定義，自 115 年 1 月 1 日實施，請轉知
相關人員知悉並遵循辦理。

HIV 急性初期感染因感染者體內的病毒量較
高，具有較高的傳染風險，若能於感染初期
及早診斷，及時銜接治療，並提供感染者衛
教諮詢與伴侶篩檢服務，有助於疫情控制，

提升防治成效。

為強化 HIV 急性初期感染之監測，及早介入
防治，調整修訂我國 HIV 及 AIDS 通報定義之
HIV 急性初期感染判斷標準，增列「本次檢
驗過程中，HIV 抗原/抗體複合型篩檢結果為
『抗原陽性』者」，並同步於疾管署傳染病通
報系統(NIDRS)增修通報單欄位及通報檢核
條件，請依通報單內容進行資料登錄或配合
辦理醫院運用電子病歷進行傳染病通報功能
(EMR)程式調整事宜。

上揭病例定義已置於疾管署全球資訊網
(<https://www.cdc.gov.tw/>)/傳染病與防
疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類
免疫缺乏病毒（愛滋病毒）感染/重要指引及
教材/傳染病病例定義暨防疫檢體採檢送驗
事項項下下載運用。

本次修訂之病例定義、傳染病通報系統暨醫
院運用電子病歷進行傳染病通報功能(EMR)
將於 115 年 1 月 1 日正式生效。

愛滋病毒篩檢驗同意程序
可採口頭方式辦理

衛生局轉知因應梅毒防治所需，衛福部疾管署
修正「梅毒防治工作手冊」，並自 115 年
2 月 1 日起實施，請轉知相關人員知悉並遵
循辦理。

上揭工作手冊經參考美國疾病管制與預防中
心(CDC)、加拿大、英國、澳洲等相關國家之
指引與文獻，並參考疾管署「淋病防治工作
手冊」之未滿 16 歲性傳染病疫調訪談指引、
疫情調查及追蹤管理等，修正重點摘述如
下：

- (一) 更新疾病概述、臨床特徵、流行病學、傳染方式、可傳染期、通報作業及防疫措施等內容。
- (二) 修訂梅毒藥物治療建議。
- (三) 調整風險管理個案類別-未滿 16 歲梅毒個案，並新增該風險管理個案疫調題項。另原風險管理個案之懷孕梅毒個案，考量部分醫療院所未能及時詢問或確認個案是否懷孕，爰疾管署將協助勾稽梅毒診斷日前後半年之國民健康署產檢資料，如有產檢紀錄則一併納入懷孕梅毒個案之定義範圍，以利公衛人員及時介入，提供懷孕梅毒個案追蹤與管理等服務措施，降低梅毒母子垂直感染之風險。
- (四) 新增疫情調查及個案管理與接觸者追蹤暨伴侶服務，以懷孕梅毒及未滿 16 歲梅毒個案等風險管理個案為對象。
- (五) 新增梅毒病例定義之檢驗條件「特異性梅毒螺旋體試驗」種類，增加梅毒螺旋體電化學發光免疫分析法(ECLIA)。
- (六) 新增「未滿 16 歲性傳染病疫調訪談指引」。該指引適用於醫療院所或衛生單位工作人員，針對未滿 16 歲個案訪談前準備、訪談進行方式及相關注意事項與法源依據等，以提供第一線相關工作人員運用。
- (七) 考量部分經治療之梅毒個案，雖非特異性梅毒螺旋體效價持續呈現低效價反應，惟無臨床症狀及再感染證據，為提升公共衛生人力之追蹤管理效益，爰新增「梅毒血清固著反應個案追蹤原則」與「梅毒治療評估單」，供公衛人員及醫事人員於梅毒個案管理及追蹤時有所依循並運用。

配合上揭工作手冊修正及疾管署傳染病問卷

調查管理系統(QINV)改版作業，於相關系統
功能完成改版及修正前，為持續推動防疫業
務，疫調資料蒐集方式調整說明如下：

(一) 有關梅毒風險管理個案-「懷孕梅毒個案」(不含梅毒診斷日前後各半年內有產檢紀錄之個案，及不含未滿 16 歲之懷孕梅毒個案)，請衛生人員填寫新增提組於原 QINV 系統「追蹤及訪視紀錄」欄位，作業示意圖如附件 2。

(二) 對於風險管理個案-「未滿 16 歲梅毒個案」(含未滿 16 歲懷孕梅毒個案)及梅毒診斷日前後各半年內有產檢紀錄之梅毒個案)，請衛生人員將完成填答之新版梅毒疫調單及追蹤單，以電子檔(Excel)形式提供予所轄疾病管制署區管制中心。

上揭工作手冊及未滿 16 歲梅毒個案、梅毒診
斷日前後各半年內有產檢紀錄之梅毒個案，
其梅毒疫調及追蹤空白表單.xlsx，可至疾管
署全球資訊網下載運用。

全聯會轉知

懷孕及具生育能力之婦女使 用含 topiramate 成分藥品相 關事宜

全聯會轉知「公告懷孕及具生育能力之婦女
使用含 topiramate 成分藥品治療癲癇之臨
床效益及風險再評估結果相關事宜」業經衛
利部 114 年 12 月 10 日衛授食字第 141401839
號公告發布，請轉知會員，說明：

上揭中文仿單修訂內容，重點略以：

- (1) 禁忌：禁用於孕婦及未避孕育齡婦女治療
癲癇，除非無替代療法且已充分知
悉風險。
- (2) 警語及注意事項：孕期使用恐致胎兒畸
形、生長遲緩及神經發
育風險。
- (3) 特殊族群注意事項：胎兒畸形及 SGA 風險
顯著增加。

本函訊息刊登全聯會網站。

產檢梅毒陽性 免過卡接續確 認檢驗申報方式 1/1 起實施

全聯會轉知衛福部疾管署「孕婦產前檢查-
非特異性梅毒螺旋體試驗陽性，接續進行特
異性梅毒螺旋體試驗申報方式」(簡稱產檢梅
毒陽性免過卡接續確認檢驗申報方式)，自
115 年 1 月 1 日起實施，請轉知所屬會員知
悉並依循辦理。

上揭重點略以：衛福部疾管署為加速孕婦梅
毒診斷與治療時效，降低梅毒母子垂直感染
風險，孕婦於產前檢查接受「非特異性梅毒
螺旋體試驗」結果陽性時，孕婦免再回診過
健保卡，產檢醫療院所可逕以同一管血或同
一次採血檢體接續執行「特異性梅毒螺旋體
試驗」，並申報健保費用，爰訂定產檢梅毒陽
性免過卡接續確認檢驗申報方式。

本函訊息刊登全聯會官網。

修訂 C 型肝炎抗體檢驗 結果等支付作業

衛生局/全聯會轉知衛福部國康署修訂之「『C型肝炎抗體檢驗結果、C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗』檢驗結果補上傳及成人預防保健C型肝炎抗體陽性者轉介檢驗C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗補助費支付作業」，說明如下：

為強化C肝抗體陽性個案轉介檢驗C肝病毒量，以利後續追蹤診療目的，針對成人預防保健服務C型肝炎抗體陽性者轉介檢驗C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗之醫療院所提供補助費用，國健署前以113年1月30日國健慢病字第1130100726號函諒達。

本次修訂上揭支付作業，係配合國健署114年8月1日起擴大成人預防保健服務之B、C型肝炎篩檢對象，包含民國75年(含)以前出生未滿45歲者，爰據以修正上揭支付作業第五點經費核付方式之第2項為包含成健C肝抗體檢驗陽性個案(醫令代碼L1001C或醫令代碼L1002C)。

請自行上網下載「C型肝炎抗體檢驗結果、C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗檢驗結果補上傳及成人預防保健C型肝炎抗體陽性者轉介檢驗C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗補助費支付作業」。

愛心圖案

修正「全民健保醫療服務給付項目及支付標準」

全聯會轉知「全民健保醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經衛福部於114年12月29日以衛部保字第1141260560號令修正發布，自115年1月1日生效，說明：本次修訂重點說明，詳見「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修正總說明」。

西醫基層總額相關修訂重點摘要如下：

(一)第一章基本診療

1. 第二節住院及急診觀察床診察費：配合適用範圍擴大至居家醫療照護收案對象，現行規定02028C「預立醫療照護商費」診療項目，由第二節住院及急診觀察床診察費移列至新增章節第九節醫療照護諮詢費，配合新增通則。現行規定02020B「緩和醫療家庭諮詢費」適用對象放寬至居家醫療照護末期病人，及開放基層院所適用，爰配合修正項目編號。

(二)第二章特定診療

1. 第一節檢查：修正12081C「攝護腺特異抗原(EIA/LIA法)」及27052C「攝護腺特異抗原」二項支付規範。
餘項修正請自行上網查閱。

愛心圖案

有關診所申報(TSH)及(AFP)依正確醫令代碼申報

全聯會轉知有關西醫基層診所申報「甲狀腺刺激素(TSH)」及「甲型胎兒蛋白(AFP)」，敬請轉知提醒基層診所執業會員依正確醫令代碼申報，說明：

「甲狀腺刺激素放射免疫分析(27004C)；300點」及「甲一兒蛋白(27049C)；360點」兩項為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二章、第一節、第二十項之「核子醫學檢查」下之支付項目。
經查目前多數基層診所，皆無設置核子醫學

相關設備，檢驗機構也未接獲相關送檢委託。為避免申報錯誤導致事後審查遭核減，請轉知提醒基層診所執業會員自我檢視、正確申報：

(一)甲狀腺刺激素(TSH)，正確申報代碼為「甲狀腺刺激素免疫分析(09112C)，240點」，而非27004C。

(二)甲型胎兒蛋白(AFP)，正確申報代碼為「 α -胎兒蛋白檢驗(12007C)，200點」，而非27049C。

愛心圖案

用藥相關規定

※全聯會轉知衛福部食藥管署函知「含caspo fungin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，請轉知會員。

本次替代藥品資訊如下：

(1)有關「優妙化腸溶微粒膠囊(衛署藥製字第046067號)」等2項藥品供應不足及其替代藥品一案。

※另衛生福利部中央健康保險署修訂「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/特材品項異動等公文，已彙整放置本會網站。

※各藥廠藥品回收訊息放置於以下網站

(1)FDA食品藥物消費者專區>整合查詢服務>西藥>產品回收(網址：<https://reurl.cc/Q7IEk9>)

(2)臺中市食品藥物安全處>藥品與醫療器材專區(藥商申請)>不良藥品回收專區(網址：<https://reurl.cc/nnbvbD>)

愛心圖案

上網下載/查詢

※全聯會轉知健保署檢送114年第2季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於健保署全球資訊網。

※全聯會轉知健保署已確認並公布114年第2季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於健保署全球資訊網。

※衛生局轉知衛福部修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，並自中華民國115年1月1日生效，資料請至國民健康署網站(網址：<https://reurl.cc/eVW1rK>)下載參閱。

※衛生局轉知衛福部更新安全針具品項清單至114年9月30日止，上揭清單可至衛福部/首頁/衛教視窗/宣傳資訊/安全針具資訊(<https://www.mohw.gov.tw/cp-43-68041-1.html>)項下下載運用。

※全聯會轉知健保署公告新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」，並自115年1月1日生效，上揭內容業已刊登全聯會網站。

※全聯會轉知健保署函知有關「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」修訂案，請依規定上傳數據，上揭計畫自115年1月1日起，肌酸酐值及腎絲球過濾率由小數點後1位修訂為小數點後2位及eGFR之計算採CKD-EPI之標準公式，相關訊息刊登全聯會網站。

※衛生局轉知有關社團法人台灣急診醫學會

辦理「衛福部急診醫學科專科醫師甄審初審工作」，請協助公告並轉知所屬人員，相關事宜請參閱「115年度急診醫學科專科醫師甄審初審簡章公告」，簡章內容請逕至該會網站(<https://www.sem.org.tw/>)下載。

※全聯會轉知衛福部國健署有關戒菸服務補助計畫之「克菸貼片」及「克菸咀嚼錠」等4項戒菸輔助用藥，代理廠商由英商赫力昂股份有限公司台灣分公司變更為台灣瑞迪博士有限公司，上揭4項戒菸輔助用藥品項，訊息已刊登全聯會網站。

※全聯會轉知衛福部國健署函知戒菸服務機構自115年1月1日起可依該署「戒菸服務補助計畫」提供加熱菸及電子煙使用者戒菸服務，其可服務內容，相關訊息已刊登全聯會網站。

※全聯會轉知衛福部於114年12月11日以衛部醫字第1141670768號令訂定發布「申請再生醫療及刊播廣告審查費收費標準」，並勘誤「再生醫療技術及指定製劑管理辦法」第二條附表一，請上網查閱。

※衛生局轉知衛福部來函轉知「再生醫療製劑組織細胞提供者合適性判定辦法」，業經該部於中華民國114年12月09日以衛授食字第1141401583號令訂定發布，上揭發布令，請至行政院公報資訊網、衛生福利部網站自行下載。

※全聯會轉知衛福部於114年12月2日以衛部醫字第1141669901號令訂定發布「再生醫療細胞操作管理辦法」、「再生醫療細胞保存庫設置許可管理辦法」及「再生醫療技術組織細胞提供者合適性判定辦法」，請上網查閱。

※衛生局轉知衛福部為配合再生醫療法施行與銜接細胞治療技術管理，已將「再生醫療技術執行計畫申請須知」、「再生醫療細胞操作許可申請須知」、「再生醫療細胞保存庫申請須知」、「再生醫療技術申請計畫書(格式)」及「再生醫療技術-細胞製造管制資料(格式)」置於該部細胞治療技術資訊專區，可自行下載運用。

※全聯會轉知衛福部於114年12月26日以衛授食字第1141106908號令訂定發布「再生醫療細胞操作及細胞保存庫設置許可收費標準」，相關訊息已刊登全聯會網站。

※衛生局轉知「再生醫療倫理規範」、「醫療機構申請執行再生技術治療危及生命或嚴重失能之疾病，且國內尚無適當之藥品、醫療器材或醫療技術及應遵行事項」、「執行再生醫療之醫師資格規範」及「再生醫療技術不良反應致重大傷害或死亡之救濟措施應遵行事項」，業經衛福部於115年1月2日以衛部醫字第1141671851號公告發布，上揭法規內容業刊登於行政院公報資訊網及該部全球資訊網站(網址：<https://www.mohw.gov.tw>)之「公告訊息」及「法令規章」專區，請於該網頁下載。

※衛生局轉知「再生醫療同意書內容」，業經衛生福利部於115年1月2日以衛部醫字第1141672014號令訂定發布，上揭法規內容業刊登於行政院公報資訊網及該部全球資訊網站(網址：<https://www.mohw.gov.tw>)之「公告訊息」及「法令規章」專區，請於該網頁下載。

※台中市食品藥物安全處轉知有關「再生醫療製劑審查費收費標準」，業經衛生福利部於中華民國114年12月29日以衛授食字第

1141402056 號令訂定發布，上揭發布令，請至行政院公報資訊網、衛福部網站「衛生福利法規檢索系統」下「最新動態」網頁或衛生福利部食品藥物管理署網站「公告資訊」下「本署公告」網頁自行下載。

※衛生局轉知「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」部分條文修正條文，業經衛福部於 114 年 12 月 31 日以衛部醫字第 1141672099 號令修正發布，上揭法規內容業刊登於行政院公報資訊網及該部全球資訊網站（網址：<https://www.mohw.gov.tw>）之「公告訊息」及「法令規章」專區，請於該網頁下載。

※衛生局函轉衛福部疾管署修訂「漢他病毒症候群工作手冊」並公布於該署全球資訊網，請上網下載運用。

※衛生局轉知衛福部疾管署修訂天花防治工作手冊（114 年 12 月修訂版），請轉知工作人員逕自下載參考運用，上揭文件係參考世界衛生組織及美國疾病管制與預防中心相關國際資料完成修訂，並已置放於疾管署全球資訊網，請上網下載運用。

※衛生局轉知因應性傳染病防治製作 2 支宣導影片，請廣為宣導運用，上揭影片可至衛生局網站查閱。

※轉知國健署製作之代謝症候群防治計畫衛教影片已上傳至雲端空間供下載運用，請協助推廣多加利用，連結如下（<https://reurl.cc/Db7od5>）。另國健署同意進行非營利使用，惟不可進行重製、修改及其他商業用途。

※衛福國民康署為利醫療院所執行預防保健服務，自 114 年 5 月 1 日起建置「預防保健助手通（LINE@）」，請轉知會員協助宣導，相關訊息刊登全聯會網站。

12 月 26 日理監事聯席會議

壹、主席王博正理事長報告：

會中王理事長報告有關 115 年分科委員、監控小組及審藥專家聘任事宜：經與會人員一致同意依照中區分會 12 月 12 日委員會建議及決議事項內容，同意上揭人員採續聘，不更改名單。

貳、討論提案

提案單位：理事會

一、案由：請審查 2025 年 11 月份經費收支。
決議：照案通過。

提案單位：理事會

二、案由：請審核本會第 28 屆第 1 次會員代表大會程序案。
決議：照案通過。

提案單位：理事會

三、案由：本會第 28 屆第 1 次會員代表大會擬贈送每位代表紀念品，請議決案。
決議：通過贈送全聯福利中心禮券 1,000 元整。

提案單位：理事會

四、案由：請審核本會 2026 年工作計畫案。
決議：照案通過，提會員代表大會審議。

提案單位：理事會

五、案由：請審核會務人員 2025 年考績案。

決議：照案通過。

提案單位：理事會

六、案由：本會會務人員 2026 年薪資調整案。

決議：通過，自 2026 年 1 月 1 日起調整會務人員薪資 5%（依底薪計算）。

提案單位：理事會

七、案由：本月份入會會員審核案（如附件）。

決議：現有會員 5,494 名。

參、散會：13 時 45 分。



相關附件明細：

1. 學術活動消息
2. 科管理各科決議事項
(僅寄基層醫師)



本會基層分科委員會 各科會議結論

【註：本會各委員會議結論為科委員內部參考建議用，相關議案決策須提理監事會議決或經建議相關單位通過後實行，僅供會員酌參】

內科委員會

114 年 12 月 9 日

摘要紀錄：

一、議題一

健保署召開提升醫療量能，健保政策溝通會議，希望相關學會提出提升專科招收率之健保措施，建議如下：

1. 持續推動分級醫療及雙向轉診，提高醫院急重症給付，落實穩定慢性病人在基層照護，醫學中心專心照護慢性病病人。
2. 落實不同工不同酬，根據不同醫療照顧付出，給付不同金額。
3. 提高 75 歲以上高齡者及多重慢性病病人診療費金額。
4. 基層診所有關局部治療給付比率，不同科別不應有不同比率。尤其內科應提高局部治療比率。

二、議題二

成人健檢 114 年起提高給付金額，但同時設限 P4P 案件不可申報成人健檢，應審慎考慮，因為成人健檢的執行率仍然偏低，且成健為醫療群鼓勵項目，其目的在早期發現疾病，早期治療。雖然，P4P 案件已經是慢性病個案管理案件，但是，不同院所之間仍無法執行 VPN 勾稽，查詢困難。在資訊系建設完成前，或未經宣導讓大部分診所了解前，不宜貿然實施。

三、議題三

每年因藥價支出目標制（DET）調降藥費，造成內科、家醫科及精神科診所藥費大幅下降。這幾年因高通膨造成原物料大漲，廠商成本無法負擔，缺藥情形愈來愈嚴重。因人口老化，高科技及新藥進入健保，每年藥費成長率皆高於總額成長率。不宜將罕見疾病藥物納入總額，應該和癌症用藥一起成立基金，排除在藥品總額之中，另外應該將藥品底板價，瓶裝藥物由 1.5 元提高到 2.0 元，排裝藥物由 2.0 元提高到 2.5 元，以保障用藥品質。



復健科委員會

114 年 12 月 10 日

摘要紀錄：

一、對於現今高復健次數（>180 次/年）的復健病人處理方式說明：

1. 現在對於高復健次數（>180 次/年）的病人採取單一院所的比例控管，即一院所內，每月高復健次數（>180 次/年）的病人不應超過 4%。但因病患病情輕重不一，有些疾病需要長期專業密集復健才足以恢復功能，建議可以針對特殊狀況的病人（如：PAC 計畫，早療兒童，手術術後病人）給予排除。

2. 再者，各復健診所雖已積極輔導病人不要濫用健保醫療資源，但仍有民眾堅持他未有如此高次數的復健治療，建議可以增加雲端「及時復健次數」，方便查詢。

3. 為使健保資源不遭浪費，也懇請廣為宣達，並提供基層診所正式公文，以利基層醫師向病患說明。

4. 如病患堅持需要復健，是否可以仿效增加部分負擔的方式。

二、對於最近多家醫療院所收到公文有關復健治療強度等級佔率與同儕差異：

1. 本項統計包含除復健科以外科別的復健醫囑，有鑑於復健科與其他科別病人嚴重度與種類不同，本就治療上差異就會極大，而且就算同一科別，也會有明顯差別，建議應剔除其他科別，再行統計。

2. 應制定出明確參考比例供復健基層醫師參考：

有些疾病經過高強度復健後預後較佳，為避免發生「挑工」的情形，讓真正需要復健的失能者更弱勢，建議也應排除重症，手術術後，與早療病患。

