

中華民國心臟學會 第廿三屆第二次理監事會議記錄

時間：101年7月3日〈星期二〉18:30起。

地點：台北市民權西路11號13樓之1心臟學會會議室。

主席：林幸榮 理事長

出席人員：〈名譽理事〉呂鴻基、連文彬、曾淵如、江正文、江福田。

〈理事〉林幸榮、蔡正河、賴文德、王榮添、江晨恩、林俊立、洪惠風、傅懋洋、程俊傑、李文領、李貽恆、邱春旺、施俊明、柯文欽、洪大川、張坤正、郭任遠、郭啓泰、陳雲亮、陳肇文、陳震寰、曾春典、程文俊、黃瑞仁、蔡正道、鄭成泉、鄭書孟、駱惠銘、謝凱生、魏 崢。

〈監事〉王主科、王志鴻、柯毓麟、徐國基、林少琳、常敏之、陳勉成。

請假人員：〈理事〉王國陽、陳適安、翁國昌、陳志成、黃蓮奇。

〈監事〉葉森洲、徐粹烈、張 燕、蔡良敏。

列席人員：翁仁崇（心臟外科學委員會主委）

殷偉賢（秘書長）

邱昱偉、張嘉侃、曹玄明、鄭凱鴻（副秘書長）

林玉英（秘書主任）、徐婉瑄、黃淑菁（秘書）

記錄：黃淑菁。

一、主席報告 —（林幸榮理事長）

名譽理事、各位理監事、翁主委、秘書長、副秘書長及秘書處同仁：

大家晚安！首先歡迎各位參加本次理監事聯席會議。

非常感謝陳前理事長及程前秘書長的協助，已順利完成交接，會務亦得以持續推動。這幾個星期來也非常感謝我們的理監事，積極參與並推薦會員參加各專門委員會及肺高壓治療小組，在短短時間內已完成改組，相關名單今天將請理監事確認後正式來運作。同時將聘任振興醫院心臟科殷偉賢主任擔任秘書長，以及12位副秘書長。

在本屆開始的前兩次理監事會議中我會多講一些話，因為新團隊運作開始，有些新想法

需要加以說明。上一次理監事會議中提及，我們要有新的思維、創見革新及策略，目前正在逐步規劃推動中，希望能夠儘早落實。

提及的許多想法，其實已開始進行，稍為再說明一下。目前現有十七個專門委員會可能有些會務還沒辦法推動，必須有跨委員會以任務為導向的工作小組來執行。這六個任務導向工作小組包括：青年醫師、基層醫療、健保事務、臨床試驗、公共關係及診療指引小組，本人已親自邀請較資深的會員或理監事擔任召集人，工作小組有其特定任務，必須推動展新的業務，我們非常的拭目以待。

在學術活動部份，過去每年有固定的年會及一次冬季會。在本屆我們希望各地區理監事能夠一起擴大參與，在每年五月固定的年會外，還會有在各地區舉辦的季會。事實上在學術委員會陳肇文主委領導下已大致規劃完成，像今年九月在中彰投地區辦理秋季會，十二月在高屏地區有冬季會等，本屆理監事二年任期間季會舉辦的月份及地點已大致敲定。學術委員會在陳肇文主委帶領下，明年及後年年會節目安排上已有許多新的想法，正在積極籌劃當中。

特別需提及的是，本學會雜誌目前 ACS SCI Impact Factor 已達 0.633，且正在進步中，當然希望能夠更好，明年能夠繼續再往上提升。事實上雜誌編輯非常辛苦，目前主編、副主編及執編等，每二年隨著理監事任期必須更換，是否有可能我們的編輯團隊〈包括主編、副主編及執編〉，可以採用任期制，例如三年一任，可連任，不受理監事改選的影響，這樣編輯工作較能連貫持續不中斷，提升雜誌的品質與水準。如果稿源充足時亦可考慮改增為雙月刊，短期目標是希望內能夠進入 PubMed。

健保是個複雜且頭痛的問題，監委黃煌雄對醫療領域非常的關心，大家手上都有相關附件資料，待會也將做更進一步的討論。據了解他在過去一年多走訪許多醫院及診所，與二千多位醫師進行座談，舉辦了三百多場論壇，提出多項醫療問題，與沈美真及劉興善監委共同出版《全民健保總體檢》一書，我希望能由學會購買該書贈予每位理監事，這本書對我們來說非常的重要。目前健保只關注收入層面，並沒有認真面對分配的問題，黃委員並針對台灣醫療環境提出永續經營的一些建議。目前發現的問題有：內、外、婦、兒及急診五大皆空、社區醫院從 560 多家減至 380 家，他認為守護社區醫院的功能非常重要；還有無效醫療對健保是一種浪費，是否有辦法來調整，希望能夠解決台灣醫療體系因健保制度產生的種種問題。剛才有提到本學會將成立健保事務工作小組，我已邀請侯嘉殷主任擔任召集人，希望小組成立後儘快舉辦座談會，針對健保問題提出因應策略。日前黃煌雄監委曾邀請各醫學會代表舉辦座談會，當時由陳肇文理事代表本學會出席，待會再請陳理事向各位說明。針對黃委員的

建議我們應如何去面對因應，這有悠關我們切身的問題，非常重要。

國際化部分，事實上大家都非常重視，學會過去沒有一個好的英文網頁，如果國外許多同好想要進入網站了解本學會，我們沒有辦法提供這樣的一個資訊。我希望能儘快建立我們學會的英文網站，讓國外人士了解中華民國心臟學會是一個什麼樣的組織，有哪些成員？辦哪些活動？有哪些研究成果？這非常的重要。我們也希望能舉辦推動跨國的研討會，如台日、台韓、台星…等等聯合研討會；另外也希望能爭取多國、多中心的臨床試驗在台灣進行，除了在由各藥廠個別找醫院參加的現況以外，是否可以由學會來推動。

在新的指引編纂，以及已發行指引的更新方面，是重點工作。在心臟疾病案例登錄方面，已完成 ACS full-spectrum registry，現在正在推動的有 stent registry，還有其他心臟疾病的 registry，也是未來二年的重要工作。

另外需提及的是重症專科醫師聯合甄審，過去心臟學會被排除在重症專科醫師聯甄之外，最近有好的消息，待會將請急重症加護委員會主委程俊傑常務理事來向各位報告。二個多禮拜前，重症醫學會唐高駿理事長主動跟我連繫，本來只有三個學會參與的重症專科醫師聯甄會，希望心臟學會及其他學會共同參與，已表達出善意。程俊傑常務理事等人最近去參與會議，積極爭取加入，已獲得同意心臟學會加入重症專科醫師聯甄會成為一員，對心臟學會我們來說是一個重大的好消息，在此特別感謝程俊傑常務理事的努力。

以上是相關的報告，待會還有議題需要進行討論，請各位理監事提供意見。

二、監事辭任及遞補 —

說明：殷偉賢監事受理事長任命擔任學會秘書長一職，依章程規訂辭去選任職務監事一職。

※ 決議：殷偉賢監事辭任後由候補第一順位林少琳醫師當選為監事。

三、秘書長、副秘書長聘任案 —

說明：擬聘任殷偉賢主任擔任學會秘書長；張嘉侃、林彥宏、黃柏勳、陳冠群、邱昱偉、林罔宏、曹承榮、張克士、劉秉彥、郭風裕、鄭凱鴻及曹玄明 12 位醫師擔任副秘書長。

※ 決議：通過聘任案。

〔殷偉賢秘書長〕

尋找副秘書長時有傳承的意味，都邀 40 歲左右，在各醫院心臟科內有潛力的新秀，大家眼中雖是小老弟，但應該是得力的左右手，希望他們未來有能力在學會貢獻更多心力，感謝大家的支持！

四、秘書長報告 —

(一) 請確認第廿三屆第一次理監事會議記錄。

※決議：通過。

(二) 活動或會議：

1. 「New Era of Antithrombotic Agent Symposium」於 101 年 7 月 8 日在台北君悅飯店及 7 月 9 日在台中裕元花園酒店舉辦。
2. 「2012 Board Review Course」於 101 年 7 月 8 日在台大醫學院 101 講堂舉辦。
3. 「心臟血管外科專科聯合甄試」訂於 101 年 8 月 26 日在振興醫院舉辦。
4. 「心臟血管介入專科醫師聯合甄試」訂於 101 年 8 月 4 日下午筆試；101 年 8 月 19 日上午口試，地點在台大醫院。

(三) 委員會已處理事務：

1. 健保局「冠狀動脈血管支架」使用規範及給付規定詢問案回覆。

說明：這次更改最主要的一點，是因為 FFR 在健保要納入給付，所以徵詢學會及介入學會做冠狀動脈血管支架時 FFR 的適應症，在做 PCI 時根據 FFR 的檢查結果，何時可以裝置支架？常主委已在期限內回覆，內容詳見【如附件一】請大家過目。相信在數字或應用條件上，仍會有一些爭議，建議在此不需熱烈討論。本案據我接到的通知是在七月下旬，健保局將召開會議邀請耗材及介入的專家一同討論，如有小修正意見請再 feedback 給常敏之主委。

2. 健保局「“鉸積維”安普拉茲肌肉性心室中膈缺損關閉器“AGA”Amplatzer Muscular VSD Occluder」詢問案。

說明：謝凱生主委提出的建議回覆內容（略）。基本上機構的條件是根據之前的一些要求，操作人員資格是小兒心臟專科醫師五年以上、具有導管的經驗，相信之後也會在健保局會議中有些討論，不止是小兒科醫師，成人介入醫師也會有代表，大家如有意見可找謝主委再討論。

根據理監事建議已修改操作人員資格為心臟專科醫師五年以上，詳細內容見【附件二】。

(四) ACS Impact Factor 已達 0.633。

說明：心臟學會雜誌目前已是排名 117 個雜誌中的 106 名，現在 Impact Factor 為 0.633，
剛才經由理事長報告是否經由主編等等的變革，能讓它更加的往上提升。

(五) 心臟學會已經通過加入重症聯甄會。

說明：感謝程俊傑主委極力的幫我們爭取。

〔急重症加護委員會_程俊傑主委〕

心臟學會申請加入重症聯甄已經努力好幾年，上屆理監事會授權一定要想辦法加入，與其他三個學會平起平坐。6 月 27 日在聯甄會議中阻力很大，因成員憂慮開放後恐陸續會有許多學會申請加入，幾經溝通交涉。最後表決同意心臟學會與其他二個學會加入重症聯甄會，同樣具有舉辦重症聯甄資格。在配合未來活動的舉辦上，急重症加護委員會中有北中南東的代表，將由各區代表籌劃重症當地季會相關課程，可以學會自己或與重症聯甄合作舉辦，並依會員需要擬定課程內容。

(六) 心臟學會英文網站。

說明：學會新的中文及英文網站目前正在建置當中，預期應該可在年底前正式上線。上線前新舊網站會有 overlap 時間，會再 e-mail 通知大家其進程。陳隆景大夫、陳冠群副秘書長對電腦都非常熟悉，也熱心的提供主意，在建置過程中也歡迎各位理監事給我們 feedback，希望新的網站能符合理事長期望，讓全世界都看得到。

五、討論事項一

(一) 各委員會主副主委、委員聘任案。

說明：17 個專門委員會及肺高壓治療小組之主任委員、副主任委員及委員名單，詳見【附件三】。每個委員會將安排一位副秘書長協助委員會工作的推動。

※ 決議：通過委員會主副主委及委員聘任案。

(二) 工作小組增設案。

說明：為協調處理跨委員會事務，擬新成立六個工作小組如下—

	名 稱	召集人	工 作 內 容 說 明
1	青年醫師小組	黃瑞仁	可教導年青醫師臨床技能、如何設計研究、如何撰寫論文等。

2	基層醫療小組	鍾政達	推動基層醫師關心的業務，不定期舉辦區域活動。
3	健保事務小組	侯嘉殷	辦理健保座談會，與健保局協調，維護及爭取會員的權利。
4	臨床試驗小組 (Clinical trial)	徐國基	爭取及推動跨國、多中心的臨床試驗。
5	公共關係小組	葉森洲	與媒體保持密切關係，學會政策宣導。
6	診療指引小組 (Guidelines)	李貽恆	編撰臨床診療指引、舉辦研討會，不定時更新內容。

※ 決議：通過成立六個工作小組。

(三) 年會季會日期安排。

① 年會日期 / 地點安排一

說明：(1)、2013 年會學術演講會 (台北)

日期：2013.05.17~19 (w5~w7)

地點：台北國際會議中心 1、2、3 樓

❖ 晚宴 2013.05.18 (w6) _ 台北君悅飯店 Ballroom I

(2)、2014 年會學術演講會 (台北)

日期：2014.05.16~18 (w5~w7)

地點：台北國際會議中心 1、2、3 樓

❖ 晚宴 2014.05.17 (w6) _ 台北君悅飯店 Ballroom I

※ 決議：通過。

② 季會日期 / 地點安排一

說明：(1)、2012 秋季會 (中彰投區)

日期：2012.09.07~09 (w5~w7)

地點：台中金典酒店 13 樓金典廳 & 豐樂廳

籌劃負責人：王國陽 (中榮)、張坤正 (中國)、翁國昌 (中山)、
蔡正道 (彰基)

- (2)、2012 冬季會（高屏區）
日期：2012.12 地點：高雄
- (3)、2013 春季會（花東區）
日期：2013.03 地點：花蓮
- (4)、2013 秋季會（桃竹苗區）
日期：2013.08 地點：新竹
- (5)、2013 冬季會（雲嘉南區）
日期：2013.11 月下旬 → 避開 AHA 會議 地點：台南
- (6)、2014 春季會（基宜區）
日期：2014.03 下旬 → 避開 ACC 會議 地點：宜蘭

※ 季會節目型式

第一日（__月__日）周六		第二日（__月__日）周日	
第一會場	第二會場	第一會場	第二會場
1000-1200	1000-1200	0930-1200	0930-1200
青年醫師教育 （秘書處 主辦）	一般教育講座 （秘書處 主辦）	Symposium III （地主 III 主辦）	Symposium IV （地主 IV 主辦）
1230-1400	1230-1400	1230-1400	1230-1400
Lunch symposium （1）	Lunch symposium （2）	Lunch symposium （3）	Lunch symposium （4）
1430-1700	1430-1700	1430-1630	1430-1630
Symposium I （地主 I 主辦）	Symposium II （地主 II 主辦）	地區基層醫師座談	醫學人文時間 （秘書處 主辦）
1730-1900	1730-1900	散 會	
Dinner symposium （1）	Dinner symposium （2）		

註：W5 下午至晚上將籌辦 POST- ACC, ESC, AHA 系列研討會及 satellite symposium，或交流研討會。

※ 決議：通過。

（殷偉賢秘書長）

各地區負責籌劃季會的理監事們，希望在回去後能夠好好的想一想，將各地區的

需要及特色發揮出來，讓會員在每個地方季會中都能有不同的收穫；秘書處也會儘量讓與會者在會場中也能夠享用到各地區當地的美食。

〔學術委員會_陳肇文主委〕

本屆學術活動會有些不一樣安排，其中季會是相當重要的一部分，季會將希望由理監事及相關會員有主動參與及發揮的機會，參與層面能夠更加擴大，原則上希望由各地區理監事及相關同仁來主持與主導，大家共襄盛舉。

在二年任期中無大型國際會議，因此在會議規劃部分，希望能夠融入區域性交流，包括雙邊交流的台日、台韓、台星、台港澳及兩岸之類模式。9月季會時間上恐來不及，故12月冬季會及明年春季會，看看理監事們或國際事務交流委員會是否有興趣提構想或主導安排，放在季會中一起舉辦，可能在W5或W6早上，這是另外一種合併、擴大舉辦的思維。

年會重點將放在全球華人論壇，邀請全世界心臟學各個領域有成就、貢獻的華人，一起與國內專家們對談、共同主持與present。用這種方式擴大連繫與參與，有興趣的理監事可提供人選，開始邀請，在明年及後年年會裏，有一天到一天半的時間，1-2個會場會來舉辦“全球華人心血管疾病論壇”，當然也包括兩岸大陸的專家。

我們的學術活動一直會往這幾個方向來進行，大家如有任何意見或指教，都非常歡迎。希望大家多多參與，學會將採開放的態度，期望能將各位的想法付諸實現。

(四) 101年度心臟專科甄試日期。

說明：心臟專科甄審筆試擬訂於101年9月15日（星期六）下午於台大醫學院101講堂；口試於101年10月7日（星期日）上午於台大醫院內科門診區舉辦。

※ 決議：通過。

(五) 中華民國心律醫學會來函。

① 申請共同使用植入儀器資料庫—

說明：中華民國心律醫學會來函希望共同使用ICD/CRT案例登錄資料庫，以增加其效能。

※ 決議：同意。

② 申請合作發行心房顫動治療指引—

說明：不建議單獨發行有關心房顫動中的抗凝血劑或中風預防，宜由二學會合作完整呈現為宜；且建議邀請神經內科專家共同編纂。

〔江晨恩常務理事〕

當初高血壓治療指引編纂時，曾舉辦多場公聽會廣徵意見，才能成為可長可久的治療指引。感謝陳前理事長進行 AF- stroke prevention 指引編纂工作，二個學會可以一起合作編纂治療指引，剛才已與治療指引小組召集人李貽恆主任溝通過，從現在開始到年底，或明年年初辦北中南共識營，就像高血壓一樣，大家取得共識，包括神經內科醫師在裏面，寫出一個較完整的治療指引，由二個學會共同發表會比較好。

〔林俊立常務理事〕

最大的問題是未含納神經醫學會之意見，其實神經醫學會曾發表過許多相關文章，有待放入指引當中。要有台灣自己的特色，很多指引看起來像英翻中的感覺，需要有更多我們自己的資料。

〔江正文名譽理事〕

台灣一直拿不出自己的 guideline，這樣很好，希望大家繼續努力。有關編寫方式，可能因為時間關係，我們的 guideline 好像不太像 guideline，沒有 A,B,C 等級，到底是一些人講講就可以的事情，或是有一些證據佐證，把其等級標示出來，會更像治療指引，不然看起來會只像一篇 paper 而已。

AF & Stroke 方面神經內科 involve 很多，神經內科對此很有興趣，我也是贊成在這個主題方面能與他們一起合作會更好。

※ 決議：在未來幾個月內辦理北中南共識座談會，邀請神經內科共襄盛舉。

③ 邀請共同舉辦 2012 年亞太區第五屆心律科學會議—

說明：中華民國心律醫學會將於 101 年 10 月 3-6 日在台北國際會議中心將舉辦『2012 年亞太區第五屆心律科學會議』，邀請學會共同舉辦。另外，陳適安理事長有表示希望拿回過去籌辦國際會議剩餘下來的經費（約 380 萬元左右）。

〔殷偉賢秘書長〕

秘書處查過本會資料，一般捐助國際會議上限是 50 萬元，是否比照請討論。

〔黃瑞仁理事〕

這筆費用好像是專款專用，不同於國際會議補助，應該沒有金額限制，但依過去經驗他們都會有盈餘，應是專款專用於 support 這樣的一個活動。

〔林俊立常務理事〕

這筆費用盈餘時心律學會尚未成立，當時是由心臟學會的電生理暨節律器委員會主辦，Organize committee 是陳教授那邊沒有錯，但當時是以心臟學會的名義舉辦的。這筆費用由電生理委員會專款專用，可用在心臟學會所有 EP 相關活動的籌辦上。以前超音波學會也有類似申請，他們辦過亞太心臟超音波會議，因此如果盈餘超過 50 萬，那 50 萬元就需要還回心臟學會。在此僅就事論事，當時的時空背景是如此，專款專用的意思不是指心律學會，而是指心臟學會的心電生理委員會的專款專用。

〔江正文名譽理事〕

那時是在我的任內，電生理委員會提出這樣的一個要求，我也覺得很合理；不過就是在心臟學會的電生理委員會，不是心律學會，這是二回事情。雖然都是同樣成員，不過這筆錢一定是心臟學會的電生理委員會來使用，我相信上次在處理時都有相關文件，請將其調出按照條文處理。

〔鄭成泉理事〕

辦亞太 AF 會議時，當時盈餘應有 500-600 萬左右，donate 給心臟學會是用盈餘的百分比計算，當時是說給電生理委員會專款專用的，這是一回事情。另外一回事是說，當心律學會成立的時候，如果它辦活動請求我們支援，如比照其它學會贊助 50 萬，但書要求盈餘超過 50 萬元時就要還回。基本上我認為心臟學會很有錢，心律學會才剛成立沒多久，講白一點這些錢對我們來說只占些微比例，在此提供另外一個思考方向，當然需要理監事會通過才行。

〔電生理暨節律器委員會_邱春旺主委〕

我想應該電生理委員會需先召開會議進行討論，達成共識後進而與心律學會協調，再呈報到理監事會來。原文件需先調閱出來，好好研究一下。

〔洪惠風常務理事〕

如果二個學會主辦就與專款專用不同，是二回事情。不能說我們跟心律學會共同舉辦，又說由學會來 support 它；如果是共同主辦，二學會平行，情況就不太一樣。問題首先是我們是否要共同主辦？

〔陳震寰理事〕

需要先釐清是合辦？還是協辦？如果決定合辦就是大家一人一半，協辦就是50萬。

〔江晨恩常務理事〕

重點在當初的法條，同意江前理事長建議，請先將過去條文內容調閱出來。

※ 決議：請電生理暨節律器委員會儘快召開會議討論，財務委員會需列席，達成具體結論後再呈至理監事會。

(六) 2012 ESC 會議參與一

1. European Heart for Children fundraising dinner 出席代表。

說明：2012年8月27日在 Munich_Germany 舉行（2012歐洲心臟學年會期間）。依慣例學會將派10位代表參加。

※ 決議：各位理監事或會員有計劃參加2012ESC活動時，請惠予告知秘書處，將邀請10位代表出席參加。首先徵詢有志願者，不足時再邀請資深的理監事或會員參加。

2. Affiliated Cardiac Societies Lounge。

說明：A brand new dedicated lounge for ESC Affiliated Cardiac Societies. You can personalize your stand with a 40 x 60 cm poster and A4 brochure racks. One display stand per Affiliated Cardiac Society gives you one exhibitor badge.

※ 決議：將請參加2012ESC的會員協助攜帶相關宣傳物品至會場佈置。

〔江正文名譽理事〕

心臟學會是ESC的affiliated member，這次在與WHF爭取台灣會籍名稱時，有很大的幫助；即舉例ESC會籍名稱是用Taiwan Society of Cardiology，APSC會籍名稱也是如此。希望能與ESC能持續保持良好的互動關係。

(七) 會員來信建議放寬介專換證條件。

說明：來信內容表示會員大會中黃世忠醫師提出介專換證條件是否能夠放寬一事，可是之後一個月了學會都沒有動靜，建議召開臨時會議處理。

〔介入性心臟學委員會_常敏之主委〕

這點將會儘快召開介入性心臟學委員會議，請委員討論。第二點是說與介入學會的甄審黃瑞仁主委討論過，二學會應該採取類似的條件，之後應該會舉行二學會的聯合會議，針對此點進行討論。這還需要一點時間，今天無法馬上做成放寬的結論。

〔甄審委員會_王榮添主委〕

案例要求部份有只是形式上的感覺，在查核上實際執行會有困難。

〔黃瑞仁理事〕

參考 EP 專科證書規定，只要有參加會議及報告，即可申請證書的展延。我目前同時擔任介入學會的甄審委員會主委，聽取很多會員意見，學分夠應該就可以展延，不需要再提那些案例。介入學會甄審委員會將再與心臟學會介入委員會常主委近期召開會議，學分認證方法也希望能夠儘量採取統一，會員也比較不會疲於奔命，能夠有上課已經不得了了，台灣的醫師大家已經盡心盡力。

〔林幸榮理事長〕

有決議時應儘快通知會員，今年換證時就可以馬上適用。

※ 決議：請介入性心臟學委員會儘快召開會議討論，與介入學會甄審黃主委也要趕快一起開會，辦法有修改時就可立即實施。

(八) 監察院調查處「健保資源、分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷相關課題及其檢討」。

說明：監察院監察調查處為調查「健保資源、分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷相關課題及其檢討案」案件需要，於 5/31 召開座談會討論。學會由陳肇文理事代表出席會議。會中討論四大科之人力及給付合理性，本會應如何因應，提理監事討論。

〔殷偉賢秘書長〕

學會有成立健保事務小組及醫療品質暨政策委員會，都會一起在這方面有所著墨；只是說理監事能否有具體方向、做法或具體的事項，可以直接提出來，就能有立竿見影的效果。

〔陳肇文理事〕

代表學會出席黃煌雄監委召開的座談會議，會議內容與會議資料中看到的新聞稿大致相同。當時 20 幾個醫學會，包括內科、急診、兒科、重症、心臟外科、整

形外科（燒燙傷）、相關學會都有代表出席。第一個關心的是四大科問題，希望從監察院立場向健保局要求正視一些問題並加以改善。提到分配正義的問題，認為要分配需先從嚴重的、需要的去分配。過去二年曾發表『健保總體檢』一書，提到他的想法，包括無效醫療、洗腎問題、葉克膜使用問題…等等，這是他用心良苦，與會中各個不同學會代表都有發言。

黃委員是希望各個醫學會提供一些實際資料，讓他在監察院裏依據充足資料來對健保局人員做一個要求或監督。第二，黃委員提出建議，希望由各個不同專業學會立場去發聲，表達我們現在遭遇的困境，期望社會輿論去注意，同時也可呼應他的講法。記得會後一個禮拜，小兒醫學會吳美環理事長舉辦記者會，提及小兒科的困境問題。

現在剩下問題是心臟學會有沒有需要把我們認為的困境、現在遭遇的狀況提出來，會議中因為每個學會都有表示意見，我當時在會議中提出二個大的問題。一個就是急重症部份，如 primary PCI，外科同仁也要值班（on duty），技術及護理人員都要 on duty，但沒有額外給付。現在評鑑也是，都要求需在 90 分鐘以內完成（door to balloon time），可是沒有其他資源，這是不公平也不正確的。沒有配套措施，晚上值班後隔天仍要繼續做導管、開刀及看門診，也是不對的。人力上是個問題，所以希望健保局在此方面能夠做適當改進。

第二個問題是目前心臟科所有給付的問題，例如今天做導管時，用的所有導管器械及設備，包括 X 光機都是國外進口，因為是進口的關係價錢較貴，總體來說整個 package 給付裏，人力費用相對被壓低，手術費用更是低，很不公平，在給付結構上是很大的問題。如在超音波檢查方面，與國外使用儀器是一模一樣的，但給付中專業人員醫師的費用非常非常的低，非表面上看到 package 的費用。當然也還包括心臟科 ICU 及 CCU 問題，這些都是需要一併去解決的。以上是當天會議的狀況。最後離開時，黃監委有表示今年特別將針對分配正義問題來做努力，希望能夠督促要求健保局改進。

而新聞說健保局將要把 14-15 億投入四大科加以補助，增加醫師費用，結果據我們了解，當時內科是被排除在外的，這個部份也值得我們去關心，會不會又把心臟科排除在外，就不曉得了。所以新聞雖是這樣報，但實際上是有打折扣的。建議學會要持續去關心這樣的一個議題，一方面與黃監委辦公室保持連繫，另一方面也要主動去發聲，同時對健保局的動作也要有所因應。

〔魏崢理事〕

前幾天台北市心臟外科醫師有個討論，大家已經到忍無可忍地步，準備要正常上下班。現在目前有幾個很嚴重的問題，從 DRG 實施到現在一直無法解決，希望能夠由心臟學會發文給健保局，胸心外學會也會做這件事情，但似乎一直沒什麼效果。的確心臟內及外科是密不可分的，現在心臟外科的幾個困境，小事情就不計算，比較嚴重的狀況，像現在都是 DRG，開一個刀下來要放 pacemaker，這個 pacemaker 是免費的，誰來付這個錢呢？醫院付錢！醫院怎麼受得了，算到最後每個醫院的心臟外科都在賠錢，心臟外科醫師怎麼做事情！醫生可以不管一直做，醫院怎麼可能忍受長期賠錢！

健保局曾經解釋不會賠錢，是賺錢的，但健保局計算時是很賊的，沒有將間接成本納入。一個手術操作下來例如說 40 萬，不管有沒有裝 pacemaker，有沒有換瓣膜，目前相當高比率的冠狀動脈手術，瓣膜都是送的，不要手術費沒有關係，但材料費總要給吧！材料費也沒有，這麼多年下來都是這個樣子。只算直接成本時，或許剛好可 balance，本來可賺五萬元，裝瓣膜後就沒有了。醫院還需計算間接成本（機器使用費、租金），將近要占 30-40%，這都是一個很大的問題，再這樣下去我看大家都不要做了！

現在的手術愈來愈複雜，在手術同時或之後，它所附帶需要的一些治療，可能用到比較高額的材料，這些材料費必需要給付。目前只有三個狀況會跳出 DRG，就是住院超過 31 天，第二個是葉克膜。DRG 額外給付的只有一個 IABP，材料費用 2 萬元多，其它全部不給付，Pacemaker 以及其它電燒的東西都是如此，這只是舉例，情況還有很多。這不是為我們自己，是為了醫院在爭取。

體外維生系統，如 IABP, ECMO, LVAD 的使用費用過低：

儀器名稱	購入成本	使用費（每日）
Infusion pump	4 萬	150 元
高階呼吸器（Ventilator）	75 萬	1800 元
中階呼吸器（Ventilator）	43 萬	1800 元
IABP	100 萬	150 元
ECMO	200 萬	1700 元
LVAD	200 萬	0 元

醫院計算成本時建議採租用方式，廠商計算下來一天要 2000 多元，我覺得合理，

一年約用 200 天，一年下來 40 萬，200 萬的機器約用五年為合理。健保怎麼連這個費用都不給呢？醫院白白買機器給病患用，而且往往不只買一台。有道理的事情看看是否可經由學會這邊發文給健保局爭取，如被退件或需申覆時，我再幫忙書寫，一直寫到底為止。

心臟科 CMI 值很高，而心臟外科是最高的，有些醫院 CMI 值高是 feedback 給全醫院的，希望能夠做一些調整。CMI 是很客觀的標準，為什麼不依 CMI 值回歸至各科。現在 CMI 值都是回歸到全院，全院都得到好處，但到頭來不會感謝心臟外科，還天天在說心臟外科賠錢。

〔心臟外科學委員會_翁仁崇主委〕

完全同意魏院長所講的。討論當天在場每家醫院的心臟外科在帳面上都是賠錢，在賠錢狀況下向醫院要人及要錢都沒有，真的沒有辦法再經營下去了。記得上個月在召開理監事會議時，林芳郁理事長有提到如果再這樣下去，不排除就像剛才魏院長所講的，所有心臟外科醫師停刀一個禮拜，看是否能夠受得了，讓民衆去反應，但如走到這個地步的話其實也將會很難堪。在胸心外學會已決定要行文健保局，我們這邊心臟外科學委員會也將召開會議，做成類似決議，以心臟學會名義行文健保局。

〔林幸榮理事長〕

請心臟外科學委員會儘快召開會議做成決議後，行文健保局爭取。

〔王主科監事〕

心臟外科很慘，小兒心臟科更慘。我想在此不需要再多說，需一起行文健保局爭取。

※ 決議：將尊重各個專門委員會之意見，為爭取時效，函文內容呈理事長確認後，即可行文。

六、臨時動議。

(一) 新修正降膽固醇及三酸甘油酯藥物給付規定之實施。(徐國基理事提案)

說明：目前藥價已經調整，請學會再行文健保局敦促公告實施新修正之降“膽固醇”及“三酸甘油酯”藥物給付規定。

※ 結論：〔殷偉賢秘書長〕學會最近一次行文健保局是在陳前理事長御任前，但健保局的說法是已請藥品查驗中心清算成本中，從側面了解藥品查驗中心可自行上網詢

問計算進度，我們會儘快去做這件事情，如有任何新的進展會再向理監事報告。

七、結語。(林幸榮理事長)

謝謝各位今天的參與及支持，許多討論過的事情會請秘書處儘快處理；如有任何意見也可隨時告知秘書處，將進一步轉交相關委員會協助處理，謝謝各位！

八、散會。

【附件一】

建議修訂現有冠狀動脈血管支架給付規定如下：(修訂部份以粗體及下標線顯示)
以原有之適應症分類碼 A213-2N 為基礎，修訂

一、使用規範：

- (一) 同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。
- (二) 需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。

二、適應症範圍：

- (一) 於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：
 - (1) 內膜剝離長度大於十五毫米以上、
 - (2) 對比劑在血管外顯影，嚴重度在 Type B (含) 以上、
 - (3) 冠狀動脈病灶血流等級在 TIMI2 (含) 或以下者。
- (二) 原發性病灶(DE NOVO LESION) 血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量 FFR \leq 0.8 者。
- (三) 經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量 FFR \leq 0.8 者。
- (四) 冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。
- (五) 特異病灶：
 - 1、開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於 2.75 毫米，狹窄大於等於 70% 或狹窄 50-70%且 FFR \leq 0.8 者。
 - 2、慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。
 - 3、AMI 12 小時(含)以內。
 - 4、經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。

(六) 心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶 (DE NOVO LESION) 血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量 $FFR \leq 0.8$ 者。

(七) 冠狀動脈攝影之血管狹窄 50-70% 者，經 FFR 測量其 $FFR \leq 0.8$ 之患者，得進行心導管氣球擴張術。術中或術後若出現符合原有血管支架使用適應症，得給付血管支架。

三、使用數量：每一病人每年給付三個血管支架為限（其時間以置放第一個支架之日為起算點），但內膜剝離長度大於 50 毫米之情況除外。

四、申請方式：採事後逐案審查。

五、檢附資料：

(一) 冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單（由健保局統一規定）、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。

(二) 本次冠狀動脈血管支架置入術前，經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。

(三) 本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張術後之病灶影像照片。

(四) 以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之術前及術後冠狀血管病灶影像照片。

(五) 病灶經測量 FFR 者，須檢附 FFR 工作紀錄單及相關數據報告。

【附件二】

「“鉸積維”安普拉茲肌肉性心室中膈缺損關閉器“AGA” Amplatzer Muscular VSD Occluder」之給付規定及使用規範

A. 醫療機構條件：

1. 應有專任之操作醫師。
2. 應有專任之外科專科醫師，並可提供必要時之待命救援且該醫師應具下列各目之資格：
執行先天性心臟疾病手術 20 例以上臨床經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。
3. 應有專任之醫師放射師。
4. 應有開心手術設備（體外心臟肺臟循環機、血液血球回收機）及心臟專科加護病房。
5. 應有主動脈輔助幫浦(intra-aorticballoon pumping, IABP)和葉克膜体外維生系統(extracoporeal membrane oxygenator, ECMO) 等設備。

B. 操作人員資格：

1. 具心臟專科醫師資格五年以上。
2. 具心導管二百例以上或心房中膈缺損關閉術五十例以上臨床經驗經服務醫院審查通過，發給證明文件。
3. 持有該關閉術功能講習證明。

C. 適應症：

1. 具肌肉型心室中膈缺損。
2. 体肺血流比 (QVQS) ≥ 1.5 或有症狀。
3. 体重 ≥ 8 公斤 (若 $< 8\text{kg}$, 可用混合式 (Hybrid) 治療。

【附件三】

No	委員會	一 (主委)	二 (副主委)	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二	十三	十四	十五	協助 副秘書長
01	甄審委員會	王榮添	鄭書孟	黃瑞仁	潘如濱	郭任遠	黃運奇	張坤正	王國陽	蔡良敏	鄭成泉	傅懋洋	賴文德	王志鴻	王主科	張忠毅	張嘉侃
02	雜誌委員會	徐國基	張坤正	呂信邦	吳美環	張重義	蔡佳靛	吳懿哲	陳亦仁	邱俊仁	李愛先	褚柏顯	溫明賢	陳勉成	曾維功		劉秉彥
03	學術教育委員會	陳肇文	黃瑞仁	江農恩	常敏之	陳適安	蔡正河	葉宏一	劉如濟	李文穎	蔡青峰	陳志成	李貽恆	賴文德	謝凱生	蔡建松	曹承榮
04	研究委員會	李貽恆	柯毓麟	林昭維	吳浩中	陳肇文	黃金洲	柯文欽	徐國基	蘇正煌	許志雄	陳偉錢	吳茲睿	葉葉根	鄭景仁		黃柏勳
05	醫療品質暨政策委員會	徐粹烈	黃運奇	趙嘉倫	侯嘉殷	洪惠風	陳國慶	謝敏雄	黃世忠	李篤宜	蔡正道	張克士	陳清淵	鍾政達	蔡良敏	徐迺維	(張克士)
06	預防委員會	曾春典	祝年豐	徐粹烈	蘇大成	黃文彬	劉世奇	彭明正	黃文禮	吳蔚芬	吳孟修	何鴻鑾	趙庭興	方志元	許寬立	雷孟桓	鄭凱鴻
07	心臟外科科學委員會	翁仁崇	張忠毅	陳益祥	施俊哲	黃正雄	李君儀	侯紹敏	邱冠明	蔡建松	陳海雄	林萍章	謝世榮	羅傳堯	康沛倫	張仁平	陳冠群
08	小兒心臟學委員會	謝凱生	王主科	邱舜南	盧俊維	李少昌	陳銘仁	黃碧桃	翁仁崇	傅雲慶	陳豐霖	吳俊明	翁根本	吳俊仁			張嘉侃
09	國際事務暨兩岸交流委員會	魏 峙	謝宜璋	楊滿貽	高惠立	陳陸景	任蔚龍	黃啓宏	許榮城	陳保羅	黃群耀	傅雲慶	劉東彥	曾維功	吳炯仁	王光德	(劉東彥)
10	財務委員會	葉森洲	徐迺維	郭李堂	趙嘉倫	吳道正	侯嘉殷	曾炳憲	張恒嘉	康志森	褚柏顯	劉紹恩	鍾政達	黃崑源			黃柏勳
11	介入性心臟學委員會	常敏之	李文穎	曾春典	盧澤民	曹殿萍	洪六川	柯毓麟	施俊明	張其任	翁國昌	羅秉漢	顧博明	洪志凌	馬光遠	王志鴻	郭風裕
12	電生理暨節律器委員會	邱春旺	郭任遠	陳適安	林俊立	柯文欽	駱惠銘	葉冠宏	郭啓泰	王俊傑	蔡青峰	林因宏	鄭成泉	陳儒逸	陳勉成	李坤泰	(林因宏)
13	急重症加護委員會	程俊傑	林少琳	潘如濱	陳文鐘	王晨旭	羅鴻舜	張恒嘉	林昌琦	李愛先	張之光	許志新	王先源	郭風裕	林宗憲	張嘉侃	(郭風裕)
14	心臟影像委員會	蔡正河	施俊明	程文俊	洪明銳	余文鐘	林隆君	秦志輝	洪崇烈	陳鴻毅	林芳瓊	王俊力	梁馨月	李道興	溫文才	蔡慧玲	林彥宏
15	高血壓委員會	江農恩	翁國昌	陳震寰	鄭浩民	王宗道	簡國龍	駱惠銘	周柏青	高永達	葉宏一	廖本智	趙庭興	邱春旺	林宗憲	陳郁志	邱昱偉
16	心衰竭委員會	程文俊	林俊立	王兆弘	林彥宏	宋思賢	洪六川	林維祥	周紹霆	陳世明	顏學偉	黃正雄					(林彥宏)
17	醫學教育暨倫理委員會	陳震寰	洪惠風	陳文鐘	張念中	劉亮宏	蔡正道	林中生	洪瑞松	黃崑源	蔡性全	傅懋洋	曹玄明				(曹玄明)
18	肺高壓治療小組	王國陽	許子秀	宋思賢	邱昱偉	賀萬清	賴超倫	曹承榮	蔡性全	許志新	林少琳	黃偉春					(邱昱偉)