

中華民國心臟學會 第廿三屆第四次理監事會議記錄

時 間：102年3月2日〈星期六〉17:00起。

地 點：台北西華飯店三樓元明清廳。

主 席：林幸榮 理事長

出席人員：〈名譽理事〉呂鴻基、連文彬、張茂松、謝士明、曾淵如、江志桓、江正文、江福田、陳志鴻。

〈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、邱春旺、柯文欽、洪大川、翁國昌、張坤正、陳肇文、陳震寰、曾春典、程文俊、黃蓮奇、蔡正道、鄭成泉、魏 崢。

〈監 事〉葉森洲、王主科、王志鴻、林少琳、柯毓麟、徐國基、徐粹烈、張 燕、蔡良敏。

請假人員：〈理 事〉王國陽、陳適安、李文頌、李貽恆、施俊明、郭任遠、郭啓泰、陳志成、陳雲亮、黃瑞仁、鄭書孟、駱惠銘、謝凱生。

〈監 事〉常敏之、陳勉成。

列席人員：翁仁崇（心臟外科學委員會主委）

殷偉賢（秘書長）

張嘉侃、陳冠群、林彥宏、曹承榮（副秘書長）

林玉英（秘書主任）、徐婉瑄、黃淑菁（秘書）

曾賜福（會計）

記 錄：黃淑菁。

一、主席報告—（林幸榮理事長）

感謝各位在溼冷天氣參加第四次理監事會議暨年度春酒聯誼，在此向各位拜個晚年。本屆理監事上任九個多月中，非常感謝各位名譽理事、理監事的支持與指導；委員會委員、主委、小組召集人和成員、秘書長及副秘書長，大家都很努力，持續推動目標向前推動，也有不錯成果。

已經舉辦過二次的季會（台中秋季會及高雄冬季會），感謝當地理監事及會員的協助，可說是相當成功，報到人數都有500位以上。季會活動裏面都有新的嘗試，如青年醫師教育、基層醫師座談、重症聯甄課程及預防醫學講座，等都引起相當大的迴響。三月底在花蓮的春季會實際上也有規劃這些活動，歡迎我們會員及理監事撥冗參與。

五月份年會也即將到來，感謝各委員會與學術委員會的努力，年會的規劃大致就緒，外賓邀請也已大致底定。今年年會重點主要有全球華人心血管論壇，邀請目前在世界各地

心臟學領域做得相當不錯的華人來參加我們的論壇。按照往例我們也有 ESC Joint Session，還與韓國心臟學會的 Joint Session。Live Demo 有 Renal Denevation，邀請到 Prof. Horst 來做 Demo，北京阜外醫院也將同時連線轉播。安排有 Master Lecture，邀請到錢煦及陳垣崇 2 位院士，為本屆年會重頭戲。

雜誌方面想必各位已收到本年度第一期雜誌，封面上有大幅的改版，基本上是藝術創作為主，用一種不同的角度來看我們的封面設計；內容也有大幅改進，現在我們是雙月刊，事實必需稿源要很充足，感謝編輯委員會的主副主委及委員們，以及編輯群…等，非常的用心。在每本期刊上規劃有不同主題的 Mini Forum，第一期是以 Hypertension 為主，將來也會有 Arrhythmia, Heart Failure, AMI…等。在 Citation 上也有明顯進步（SJR Indicator 顯著增加）。

這屆新設的一些工作小組，事實上也有很多成果，譬如說臨床試驗小組即將推動的 ACS-DM Registry，以及其與心衰竭委員會共同推動的 Hear Failure Outcome 的 Registry，都在進行當中。我們也向廠商募集些費用（每位 10-12 萬元左右）贊助 10 位左右的會員參加 ACC、ESC、AHA 會議，回國後來擔任 Post Highlight 系列研討會的講者。

另外，預防委員會也有參與戒菸推廣的活動。在過去幾個月在基金會呂董事長及江正文名譽理事的努力下，學會在 World Heart Federation 名稱問題，事實上有了一些進展，即在 WHF 網站上 Membership Direction 中，已改列 Taiwan Society of Cardiology & Taiwan Heart Foundation；但仍有些地方列 Taiwan, China，還可再繼續努力。

上次理監事會議中決議將爭取 2017 年 APCC 會議在台灣舉辦，我們準備相當多資料，感謝江名譽理事、陳前理事長、殷秘書長及學術陳主委，一同參加會議積極爭取；這次競爭對手新加坡非常的積極，除宣傳手冊為精裝本外，裏面還附上十多封的支持信函，已請東協多國理事長寫信支持，私底下運作多時志在必取。雖然我們也很用心準備，但很遺憾需向各位報告並未爭取到會議主辦權，希望下屆 2019 APCC 會議可繼續再努力爭取。

二、秘書處報告一〔殷偉賢秘書長〕

(一) 請確認第廿三屆第三次理監事會議記錄。

※決議：通過。

(二) 活動或會議：

1. 「Unlock the Key to CV Outcomes: State-of-the-art for Cardiovascular Continuum Management」於 102 年 3/9, 3/16, 4/21 在台南、高雄、台中及台北舉辦。
2. 「北區心臟超音波實際操作訓練課程 (Real Time 3D TEE Workshop)」於 102 年 3 月 23 日在恆毅電腦教室舉辦。
3. 「2013 春季學術研討會」於 102 年 3 月 30-31 日在花蓮美侖大飯店舉辦。
4. 「2013 POST ACC Highlight Symposium」於 102 年 4 月 13 日台北喜來登飯店 1 樓清翫廳舉辦。

(三) 會務：

1. 再次發函健保局詢問「降血脂藥品放寬給付成本效益評估」結果。

說明：這是延續自 2008 年以來的努力，在經過記者會及聯合幾十個學會的努力爭取，健保局還是很強硬，沒有正面的回應。只是在最後一次的回文說會在 2012 年年底前做放寬給付的成本效益評估，可是事後就不了了之。這次去文是希望健保局給我們一個比較確定的答覆，至少需向我們會員及當時參與的十幾個學會一個交待。

2. 中華民國糖尿病學會來函，邀請共同建請健保局修訂“降血脂藥物 - 糖尿病”給付規定。

說明：糖尿病學會來函，跟我們相同是說糖尿病病人在 100-130 之間的問題還是沒有解決，需持續治療者還是會被刪除，最低使用劑量有些審查委員解讀是零，就是不要吃的意思，這些高危險群病人沒有吃藥權益，實在是件很奇怪的事。健保局負責人講說 High Risk 只需運動就好，不用吃 Statin 膽固醇自己會降下到理想範圍內，這是在媒體上發表的說法，是很可笑的事。而必需要在這強調的是說，私底下曾與一些會員溝通，希望審查委員能夠自律，也就是說如果審查者是自己會員時，至少對高危險群（包含糖尿病病患在內）病患審查時特別留意考量到對病人的好處。

3. TSOC Policy Statement。

說明：現在學會雜誌為雙月刊，是希望各委員會能針對一些比較重要的議題，或是新的 Device Therapy 能有一些 Consensus、或是代表學會立場的 Statement，在時間上是比較能夠反應實際上的情況及需要。舉例來講學會對 TAVI 是否有一共同的想法？尤其在執行或給付 Guideline，健保局或衛生署制定後，學會是否要有一個比較正式的 Announcement？或是 Policy 的 Statement？這樣的好處是說，不會變成各說各話，大家至少會有一致講法，這是秘書處的一個建議，希望各委員會能夠參考。刊登在心臟學會雜誌中，一方面能夠爭取時效，同時也可增加雜誌的 Citation。

（江正文名譽理事補充說明）

會籍名稱影響會很大，因此希望大家了解學會現在的處境。剛才理事長已經報告過，經過幾年來的努力，WHF 稍為退了一步，就是說如果直接上到 WHF 網站，已經不列 Country's Name，只有 Society's Name。為了擺平大陸，那邊它也不敢得罪，所以簡單的把 Country's Name 拿掉，因 Society's Name 中就可看到 Country，為多此一舉。這是 WHF 表示的一個善意，知道我們受到不公平待遇，但現實上也不能不顧慮到，而做了這樣的一個妥協作法，我們是可以接受的。不過它也實際告訴我們，WHF 與 WHO 的資料為共通，WHO 那邊 Taiwan 就是列在 China 裏面，所以很抱歉，內部 Database 要改的話需花很

多經費且工程浩大，很難做。我們有表示這個爭議部分暫時 Hold 住，不要做 Final 決議，能夠爭取的話當然更好。所以 2014 年 WCC 在澳州舉行，在那時的背景是否會出現 CHINA 也有可能，遇到這種情況時建議學會可用迂迴方式去溝通爭取，說明如此一來信件恐無法送達等，想辦法來看看能不能夠改善。我的任期到今年截止，反而是大陸胡大一將進去擔任 Board Member，我們將來的處境會不會比較困難一點是有可能的。

在 APSC 部分，很恭喜我們的陳志鴻教授當選 Vice-President，的林理事長太忙推薦殷秘書長當選為 Councilor，我們以後在 APSC 會有二個 Board Member，應該是一個很好的現象。另外是上次向大家報告過的 Secretary General 的情形，因為日本已退出 APSC，理論上沒辦法再做為永久秘書處，所以在這次 General Assembly 裏面大家有熱烈討論，可能會換。上次在理監事會議中有提議爭取，但大家疑慮不知得失是否值得，不過在這次 APSC 裏大家都在爭取，但目前這件事先 Hold 住，有意願者下次再提出來，大家可針對這件事情再思索一下。

另外，在亞太地區除了 APSC 外，還成立了一個 APHA (Asian Pacific Heart Association)，是因為大陸說台灣不改名則不參與 APSC，因此大陸自己去成立一個 APHA，這個部份我們需要有一點警惕心，因為它的人員很多，如果可以抓到較多 Member 時，也許會取代 APSC 也說不一定。但至少目前在 APSC 裏面也提到這個問題，新加坡代表就說它們東南亞的 Society，已決議說 Member 不可以去參加 APHA。但還是要有一點警覺心，因為日本已退出 APSC，如果轉去參與 APHA 時，將成為相當頭痛的問題。

下次 APCC 會議將在阿布達比舉辦，再來是在新加坡，但在這每 2 年中間會有一個 Subspeciality Congress，第一屆是我們去年在台北舉辦的，而 2014 和 2016 的會議目前還沒有人提出申請，可能有經費上划算與否的考量，大家都傷腦筋。所以我們也可以想想看，如果上次活動舉辦為正面的話，則可再提出申請。

以上是針對我所了解的 WHF 和 APSC 狀況向各位說明。

(四) 委員會已處理事務：

1. 回覆衛署食品藥物管理局詢問「“美敦力” 柯法經皮主動脈心臟瓣膜」意見詢問案。
〔介入及心外委員會〕
說明：事實上健保局問許多單位（包括醫院），也公布了執行的條件，算已結案。
2. 發函健保局建議「心房同步隻心室節律器 (CRT) 審查爭議案件應交由專家評估審查」及其回函。〔電生理委員會〕。
說明：健保局回覆已轉知各分局酌參。

3. 回覆健保局「Xarelto Film-coated Tablets」藥品給付規訂意見詢問。〔電生理委員會〕

說明：健保局公告實施，已結案。

〔江晨恩理事〕 Rivaroxaban 藥品應依其本身臨床試驗 Indication 訂定使用規範；但卻比照其它試驗如 RE-LY 或 ROCKET-AF 來訂定，殊不合理。而且比照使用 ROCKET 給付規定時對 Rivaroxaban 來說是放水的。

〔陳震寰理事〕 目前健保給付規定其實對衛生署所核准的使用規定來說是限縮而更嚴格的。健保局在訂定給付規定時，是目前如已有一嚴格給付標準在那，後來第 2 個或第 3 個藥品進來時，也將使用同樣嚴格的標準。

〔邱春旺主委〕 電生理委員會議中有討論，合理來說適應症是比照臨床試驗來訂定，但因衛生署規定比較寬鬆，委員們討論時顧慮會自綁手腳，最後決議比照衛生署適應症內容。

〔林俊立理事〕 因為健保局給付屬較限縮性原則，目前已造成許多病患無法使用新的藥物，所以我們現在的問題是在於只能使用在年紀較大的病患。我想電生理委員會決議的用意是在說，已經嚴格的使用規範，不能要求放鬆也就罷了，不要再去做限制，不然下一個新進藥品規範可能會更嚴格，以後可能會面臨沒有新藥可使用的窘境。

〔江晨恩理事〕 不堅持修訂 Rivaroxaban 藥品給付規訂，但需提醒大家，此規範對 Rivaroxaban 來說是放水的。

〔江志桓名譽理事〕 剛才謝名譽理事有提到，使用年齡設限在 75 歲以上才能使用，但國人平均年齡也未達 75 歲，是否表示著可能活著的時候都用不到。如果可能的話，這個部份希望能夠再建議修改。

4. 回覆健保局詢問「“急性心肌梗塞”醫療品質指標公開資訊文稿」意見詢問。〔醫療品質暨政策及急重症加護委員會〕

說明：這是一個意見詢問，有二個比較大的問題。第一是在原案裏面第一條條文中完全沒有提到住院期間 AMI 病人可以給予 Stain 藥物，而且也不提說出院後要看 Stain 使用的比率，是非常不可思議的事情，所以提出修訂建議。第二點是說在第三條條文中，AMI 案件在住院期間只寫要看給予 Clopidogrel 的比率，我們知道已經有其他新藥物上市，故建議直接使用“血小板 P2Y12 受體拮抗劑”一詞。這二點特別向各位 Highlight 一下，其它還有說要公告 Beta-blocker、ACE Inhibitor 住院期間或出院後使用比率，健保局希望將來能夠公開各醫院的這些資料，讓民衆知道，作為 AMI 醫療品質的指標。但目前尚未執行。

5. 回覆健保局詢問「台灣聖猷達醫療用品有限公司針對 FFR 工作紀錄單疑義」詢問案。

〔介入性心臟學委員會〕

說明：介入委員會已經回覆。基本上也還算單純，只是問說如果病人做出來 Base Line 已經不正常了，是否還需要打藥？當然是不用；第二個是說如果已經通完，Flow 也很好，是否還需要做 FFR？理論上也是不用的。

6. 建議健保局修訂「“血管栓塞微導管”（Micro-catheter）使用規範」。

說明：健保局當初核准 Micro-catheter 時是心臟血管品項，核准後 Indication 卻是在動靜脈畸型或困難度較高腫瘤栓塞術患者，反而在冠狀動脈介入治療上沒有核准使用。據了解好像在中南部有些審查委員就用這個條文來核刪，所以學會去函希望稍為做些修正這個地方。在此還是希望再度提醒我們自己會員醫師在審查時不要去做不合理的核刪。

7. 回覆衛生署詢問「身心障礙者鑑定辦法第五條附表二之身心障礙鑑定基準修訂草案」意見詢問案。〔心臟外科學及電生理委員會〕

說明：學會已請醫療品質委員會徐主委協助回覆，基本上沒有太大爭論。

三、各委員會報告—

(一) 雜誌編輯委員會。

1. OPEN ACCESS 的可能性—

※ 結論：暫不考慮。目前雜誌重點是進入 PubMed 以增加引用次數。若開放 Open Access，Paper 被 Download 時須由作者付費，這結果反而會限制投稿意願，暫不考慮。

2. 朝向國際化，是否不要再發行雜誌紙本？

※ 結論：目前成本尚未是學會財務負擔時，廣告費又能增加收入，網路系統尚未完成，就暫時維持現況，待網路系統完全成熟後再決定是否廢除。

3. 雜誌封面徵稿。

※ 結論：整理會員回覆意見後再行表決定案。

4. 是否廢除國內審稿費？

※ 結論：不廢除，維持現況。待雜誌 Impact Factor 分數較高時再提出討論。

5. Mini Forum 組別及題目更新—

※ 結論：每組至少編輯 3-6 篇文章，組別分配如下—

Team	Category	Issue No.
吳懿哲 + 王宗道	Hypertension	2013/Jan

呂信邦 + 黃金洲	AMI	2013/Mar
張坤正 + 溫明賢	Arrhythmia Genetics in Taiwan	2013/May
蔡佳醜 + 劉言彬	Current Status of AF in Taiwan	2013/Jul
曾維功 + 黃偉春 + 劉秉彥	Dyslipidemia	2013/Sep
陳勉成 + 王俊力	Heart Failure	2013/Nov
陳亦仁 + 林永國	EPS	2014/Jan
葉宏一 + 蘇正煌	TBD	2014/Mar
褚柏顯 + 劉尊睿	Stem Cell	2014/May
張重義 + 許榮彬	TBD	2014/Jul
邱俊仁 + 林宗憲	TBD	2014/Sep
吳美環 + 林銘泰	Congenital Heart Disease	2014/11

※出版前三個月完成稿件審查，以利準時編輯出書。

6. 考慮更改雜誌名稱—

※ 結論：現有雜誌英文名稱較長不易索引，發信全體會員，集思廣益，請大家提供與現有國外名稱不能相同的國際化建議名稱，最後投票定案。

(二) 電生理暨節律器委員會。

1. 心臟電生理暨介入治療專科「繼續教育積分辦法修訂—

※ 結論：① 原則上參酌中華民國心律醫學會繼續教育積分辦法修訂，但心臟學會季會及年會發表論文 EP 積分核發，應加註“心律醫學相關”字樣，且應按相關課程時數比例核發積分。

② 請郭副主委修訂內容後再提委員會確認。

2. 季會是否籌辦研討會—

※ 結論：① 學會各場次季會應籌辦電生理專門研討會。

② 各季會場次研討會籌劃人—

年度 / 季會	月份 (地區)	籌劃人
2013 秋季	103 年 9 月下旬 (桃竹苗區)	林俊立
2013 冬季	103 年 12 月 (雲嘉南區)	林立人、鄭成泉
2014 春季	104 年 3 月下旬	曹玄明

3. 健保取消 ICD 事先審查處理—

說明：詳細內容如下—

備註代碼：B103-1

分類碼 B103-1 大小類碼 F-H-

品名表 心臟整流去顫器

IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR

備註欄 95.11.1 生效，申報規範：1. 操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2. 原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。◎ 適應症 98 年 7 月 1 日修訂：(一) 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二) 反覆發作之持續性心室頻脈。

(三) 高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$ ，肥厚性心肌症，擴張性心肌症，且合併心室快速不整脈者。

(四) 高危險性心臟遺傳性疾病，如 long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia 等，且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。不宜列入項目：

(一) 末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二) 猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三) 末期疾病患者且存活不足六個月者。(四) 惡性且任何治療無法控制 (intractable) 之心室頻脈或心室顫動。

(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自 101.9.1. 解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)

※ 結論：ICD 專業度與 Pacemaker 不同，因健保給付較高，取消醫院及醫師資格限制恐造成使用上的浮濫，危害到病患安全。故建議由學會發函健保局要求恢復列管為宜。

4. 健保局「Xatolto Film-coated Tablets」藥品給付規定詢問案—

※ 結論：藥品給付規訂比照衛生署適應症內容 (如下) 即可。

- ① 用於非瓣膜性心房顫動 (Non-valvular Atrial Fibrillation) 且有下列至少一項危險因子者成人病患，預防中風及全身性栓塞 (Systemic Embolism)。危險因子例如：心衰竭、高血壓、年齡大於等於 75 歲、糖尿病、曾發生腦中風或短暫性腦缺血發作 (Transient Ischemic Attack)。
- ② 治療急性有症狀近端深部靜脈血栓及預防急性深部靜脈血栓發生後再發性深部靜脈血栓與肺栓塞。

5. 印尼心臟學會 Joint Session 籌劃—

說明：Joint Sessions of TSOC and The Indonesian Heart Association in Indonesia in April 2013. The Topic of the Joint Session to be Connected to Electrophysiology.

※ 結論：同意在明年四月印尼心臟學會年會中合辦 Joint Session，推薦 2-3 人參與演講 / 主持，將與心律學會陳理事長共同籌劃。

6. 2013 年 3 月電生理專科證書換發處理—

※ 結論：2013 年輪流由心律醫學會核發電生理專科證書，但建議由心臟學會與心律醫學會共同具名通知專科會員醫師換證說明及相關手續。

(三) 心衰竭委員會 & 臨床試驗小組會議。

1. Chronic Heart Failure Management and Clinical Outcomes 研究登錄計劃推動籌劃—

說明：撰寫 Heart Failure 治療指引時已發現本土資料十分缺乏，連國內用藥狀況也不甚清楚。經費是一個重要問題，目前已確認羅氏大藥廠至少今年會贊助 150 萬元；另與輝瑞大藥廠談過，年底前應會有答案，經費約與羅氏差不多。因此預估會有 200-300 萬元經費來推動此一登錄計畫。因經費上的侷限性，需請各位討論登錄可行性及如何在有限經費下來推動登錄計畫。

- ※ 決議：① 從學術角度而言，應該要推動 Heart Failure 案例登錄研究計畫，經費上再請秘書處繼續爭取其他經費，學會需朝此目標來進行推動。
- ② 礙於有限經費，收案對象將集中針對心衰竭住院病患。
- ③ 登錄計畫相關細節（如 Proposal 及 Registry Form），請王俊傑委員與其他心衰竭委員會委員合作於 2 星期內完成（簡化 EURO HEART SURVEY 之 Registry Form），12 月底前提心衰竭委員會討論後確認，並提研究委員會核備。
- ④ 請秘書處協助預估所需經費。
- ⑤ 將以心衰竭委員會及臨床試驗小組之委員服務醫院，為主要邀請參與登錄醫院，區域應涵括北中南及東區。
- ⑥ 設計統一 IRB 申請資料，再由各院依需要修訂；學會負責申請 JIRB；另建議可在學會設置雲端，各 Site 自行登錄較為方便省力（請秘書處訪價）；統計部份則以案件委外處理。需有抽查機制，以確保收案品質。
- ⑦ 收案半年，Follow Up 一年即可，希望能於 2013 年年初約 3 月開始進行收案，2013 年約 9 月結束收案，開始追蹤，預定追蹤到 2014 年 3 月底。資料整理後於 2014 年 5 月年會時發表登錄結果。

(四) 介入性心臟學委員會。

1. “美敦力”柯法經皮主動脈心臟瓣膜適應症及操作資格—

說明：101.11.22 衛生署會議討論結果（略）。

※ 結論：學會將籌辦認證課程，由符合資格醫院推薦醫師參與。

2. 健保局 FFR 工作紀錄單疑義詢問回覆—

說明：健保局 101.12.7 來函詢問有關台灣聖猷達醫療用品有限公司針對 FFR 工作紀錄單疑義案。特殊材料「“聖猷達”壓力感應金屬導引線“SJM” Pressure Wire Certus (FFR)」之給付規定為：介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄 50-70% 者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。

- ※ 結論：① 關於 Resting 及 Hyperemia FFR 結果 (Wave Form) 之列印照片，應檢附何時期的 Wave Form 照片，Pre-PCI、Post-PCI FFR 或 Hyperemia FFR 的 Wave Form？
- 回覆：只需要在 Diagnosis 時候，附 Resting 及 Hyperemia 二張照片；做完 PCI 之後，沒有必要再去測 FFR。
- ② 當 Resting 時的 Pd/Pa 值小於等於 0.8 是否仍需注射 Adenosine 並續作完整之 FFR Procedure 及填寫紀錄？
- 回覆：當 Resting 時 FFR 數值小於等於 0.8，已經可以了，不需要再去打 Adenosine。

3. 訓練課程籌劃—

- ※ 結論：① Rotablator (羅塔培特旋轉血管成型系統) 訓練課程，由張其任委員於 102 年 9 月份新竹秋季會中籌辦。(可找波士頓公司支援 Hands on 器材)
- ② Peripheral 訓練課程，由馬光遠及柯毓麟 (黃玄禮) 負責籌辦，在台北慈濟醫院舉辦，含 Demo 及 Lecture 共一天課程。

(五) 研究委員會。

1. 研究 Basic Methodology 課程籌劃。

- ※ 結論：① 課程內容設計以高階專業與「青年醫師教育」初級入門作區分。
- ② 請柯毓麟副主委協助於 9 月份新竹秋季會籌劃 Basic Methodology 課程，原則上 Dry Lab 及 Wet Lab 各 2 個題目，課程初步規劃如下—
- ❖ 健保資料庫
 - ❖ 基因遺傳研究
 - ❖ EPCs or Stem Cells
 - ❖ 疾病動物實驗 Model

2. 2013 ACC_POST Highlight Symposium 講者推薦審查。

- 說明：1) 2013 ACC 會議於 3 月 9-11 日在美國 San Francisco 舉行。
- 2) 各訓練醫院共推薦 12 位講者候選名單。

- ※ 結論：① 八個講題講者補助名單—
- 考量較資深、優先領域及選擇意願，通過補助下列 8 位講者參加 2013ACC 會議—

No	講 題	講 者
1	Hypertension	陳冠群 (振興)
2	Cardiac Function and Heart Failure	洪崇烈 (馬偕)
3	Cardiac Arrhythmia	葉同成 (高榮)
4	Prevention and Lipids	王宇澄 (中國)
5	Basic Research	蔡適吉 (新光)
6	Cardiac Vascular Interventions	葉仲軒 (萬芳)
7	Imaging	蔡惟全 (成大)
8	Clinical trial	林維文 (中榮)

- ② 同年度一人只提供 1 次出國補助。
- ③ 補助費用 (10 萬元) 核銷項目：報名費、來回經濟艙機票、住宿 (至多會議日期前後各加 1 天)、local 交通、三餐。採實報實銷方式處理。
- ④ 但書：接受出國補助者有義務擔任 2 場次 Post ACC Highlight Symposium 演講者 (3/30_花蓮;4/13_台北)。違反時訓練單位將喪失往後推薦機會 (不可抗拒原因可除外)。

3. 2013 ESC_POST Highlight Symposium 講者推薦處理。

說明：2013 ESC_ Aug. 31- Sep. 4, 2013: Amsterdam。

※ 結論：① 於 102 年 4 月份發函各訓練機構心臟科主任推薦，如有不足時再由委員推薦或開放個人自薦。

- ② 2013 post ESC 講題比照 ACC 安排八個主題—

NO	講 題
1	Hypertension
2	Cardiac Function and Heart Failure
3	Cardiac Arrhythmia
4	Prevention and Lipids
5	Basic Research
6	Cardiac Vascular Interventions
7	Imaging
8	Clinical trial

4. 102 年度研究獎助金審查流程。

說明：① 本年度申請截止日為 102 年 2 月 28 日。

② 101 年度通過的二年期研究計劃『運用攜帶式高血壓方式評估台灣健康照護員工心血管健康計畫 /Ambulatory Blood Pressure In Taiwanese Occupational Healthcare Staffs (AMBITIOUS Study)』（成大劉秉彥醫師），通知需於計劃執行 1 年時間到期前 1 個月（即 102 年 6 月 1 日前）繳交執行進度報告，以提委員會審查確認是否核發第 2 年經費。（以論文模式書寫，並投稿 Study Design and Rationale 至心臟學會雜誌）

- ※ 結論：
- ① 原則上優先保留 30 萬為 101 年通過的二年期研究計劃『運用攜帶式高血壓方式評估台灣健康照護員工心血管健康計畫 /Ambulatory Blood Pressure In Taiwanese Occupational Healthcare Staffs (AMBITIOUS Study)』第 2 年補助經費；因此 102 年度只剩 30 萬元經費，2 月底截止申請後即可進行審查。
 - ② 每申請案將由主委、副主委指定 2 位委員進行實質審查（採用 99 年度審查表格），分數差如達 10 分以上時再邀請第 3 位委員進行審查。
 - ③ 為鼓勵申請，請秘書處通知各訓練機構心臟科主任推薦。

5. 心臟學會雜誌邀稿。

說明：心臟學會雜誌已於 102 年度改為雙月刊，出刊月份為 1,3,5,7,9,11 月份。目前 1 月份已準備出刊，共有 10 篇文章，3 月份稿件已足，目前 5 月份稿件較有問題。

※ 結論：學會雜誌如發生稿源不足時，請各位研究委員協助並 Push 文章投稿至心臟學會雜誌。

(六) 心臟外科學委員會。

1. 合理調整心臟血管系統健保給付一

※ 結論：目前由心臟外科委員會至健保局演講，不過健保局似乎只希望了解 LVAD 之資訊，所以現在於健保給付部份要符合健保局要求，須填表申請調整內容（建議委請台北榮總陳雪芬幫忙），健保項目：IABP,ECMO,VAD（沒有照護費或太低），希望由各位委員決議大概的照護費用 ==> 如找到範本，交給各單位參考調整後，再請各委員提供試算資料

現階段建議調整參考照護費如下：

IABP → 2500 NTD

ECMO → 4000 NTD

LVAD → 5000 NTD

最後請 蔡建松 委員委託三總林宜璋醫師幫忙試算，提供表格於學會。

2. CoreValve 適應症使用規範一

※ 結論：CoreValve 適應症使用規範因健保局已通過，但設定醫院、病人、醫師條件可稍微做修正，可由施俊哲委員於健保委員會建議。

以林萍章委員建議適應症部分：調整條文順序、醫院設備應該無法調整，醫院條件與醫師條件，未來其他廠牌應該一樣，差異只有器材之適應症差異 HEPA 建議調高規格為 1000，維護病人手術安全。

3. 行政院衛生署來函「有關身心障礙者鑑定作業辦法第五條附表二之身心障礙鑑定類別、鑑定向度、程度分級及其基準修正草案」建議提供意見—

※ 結論：新條文的第 12 條已經在上述新條文 7.9.10.11 之內容，不需要再增列，將現行基準之第 13 條“心臟移植患者”仍須保留原文。

4. 健保材料給付，關於自費問題的申請方式—

※ 結論：由三軍總醫院蔡建松委員提供詳細相關表格範本於下次健保審查會議討論。

5. 關於健保局對 LVAD 審查時間問題—

※ 結論：請學會發函健保局，因審查 LVAD 過程過於冗長，建議加速審查，拯救患者生命，期望於 48 小時內審完，通過率太低，希望從寬認定，並建議 Email 書面審查即可。

(七) 臨床試驗小組。

(徐國基召集人)

臨床試驗小組開過會議，規劃一個 DM 病人合併 ACS 的登錄計劃，由 MSD 公司贊助，大約收錄 2 年，糖尿病病人發生 AMI、ACS 出院之後使用藥物的情況下，到底有何影響。計劃北中南 30 家醫院收錄 1500 個案例。

從以前知道我們 ACS 登錄的病人當中，當初約收錄 3000 多位病人，預估有 3 成 ACS 合併糖尿病，糖尿病病人會再發生 ACS，我們用這種方式去算大約有 1500 位病人，會有這樣的收容量。

之前 ACS 登錄 1 年，我們延長為 2 年，看久一點。目前贊助費用需要學會去函申請才能撥款，申請款項 2 年約 900 萬，將請一位專人在學會裏面常駐，負責協助這 34 家參與醫院推動登錄計劃，而召開 PI 會議時，也由該筆經費支出，學會不需額外負擔。

1. ACS & DM 案例登錄計劃推動—

說明：計劃名稱 _ A Prospective Observational Study of Cardiovascular Morbidity and Mortality of Acute Coronary Syndrome in Patients with Type 2 Diabetes Receiving Different Oral Anti-diabetic Drugs (OADs)

由 MSD 公司贊助，102 及 103 年各 500 萬元 (共 1000 萬)。

※ 決議：① 經費支出預估—（費用統一由學會支出）

	項 目	預估經費
1	案例費用（預計收案數 1500 個） （每個案例 _ 醫師 \$1000/ 護士 \$2000）	450 萬
2	各院申請 IRB 費用 （5 萬元 X30 家）	150 萬
3	專職秘書 （每年 50 萬，三年）	150 萬
4	PI 會議	50 萬
5	影印郵寄等雜支	50 萬
6	其它 （統計專家、程式設計…等）	150 萬

② Case Report Form —

參考 ACS Full Spectrum 的 Data Collection Form，請各委員提供修訂意見。

③ 工作時程—

102 年 3 月 廠商贊助費用入帳
PI Meeting 召開
提供資料各院開始申請 IRB

102 年 6 月 各院完成 IRB 申請
開始收案（預計 1 月收 100 案例）

103 年 5 月 完成收案

104 年 12 月 Follow-up 完成

④ 邀請參與醫院名單（共 30 家）—

	醫 院	建議 PI 名單
台北市		
01	台大醫院	黃瑞仁
02	馬偕醫院	郭任遠
03	台北榮總	江晨恩
04	新光醫院	徐國基
05	三軍總醫院	鄭書孟
06	萬芳醫院	謝敏雄
07	振興醫院	殷偉賢
08	國泰醫院	王榮添

新北市		
09	亞東醫院	吳彥雯
10	雙和醫院	劉如濟
11	林口長庚醫院	謝宜璋
12	基隆長庚醫院	楊甯貽
13	新店慈濟	柯毓麟
東部		
14	花蓮慈濟	王志鴻
15	羅東博愛醫院	雷孟桓
16	陽明附設醫院	曹玄明
17	台東馬偕	王光德
中部		
18	中山附設醫院	翁國昌
19	中國附設醫院	張坤正
20	台中榮總	王國陽
21	彰化基督教醫院	陳清埤
22	台大雲林分院	林昭維
23	光田綜合醫院	夏治平
24	澄清醫院	李篤宜
南部		
25	成大附設醫院	李貽恆
26	奇美醫院	陳志成
27	高雄長庚醫院	洪志凌
28	高雄榮總	邱春旺
29	義大醫院	曾維功
30	高醫附設醫院	溫文才

※各院 PI 名單將以科主任推薦為依準。

※其他如有意願參與之醫院需自付 IRB 申請費用。

- ⑤ 需以醫院科為單位收受登錄案例。
- ⑥ Follow Up：出院後第一次回診、3 個月、6 個月、12 個月及 24 個月。
- ⑦ Nurse 費用分五次核發，每次 400 元；Dr 費用則待完成後核發。
- ⑧ 參與醫院每家至多收案 100 例；收案數需大於等於 50 案例時才能使用登錄資料。

(八) 預防委員會。

〔曾春典主委〕

曾在台中與台灣戒菸聯盟合作發表戒菸宣言，上次理監事會議中有授權委員會修正宣言中用字；召開委員會議時，大家一致同意修改部分用字，修正後就成為我們學會大家共同推動的一個宣言。台灣戒菸聯盟為了這個宣言，還特別邀請心臟基金會的呂董事長及學會預防委員會主委代表共同召開記者會，希望能夠提升台灣地區的戒菸成效。所以建議下次學會的雜誌或是會訊，可刊登出此份宣言，希望會員在面對病人時，能夠多問一句「是否有抽菸？」，如有抽菸時則進一步建議戒菸，有困難時再介紹至戒菸門診，這樣一來對心臟病病患在預防上是會有相當大的幫助。

1. 季會籌劃—

- ※ 結論：1) 2013 秋季會 (9/27-29) _ 登山健行對心臟血管疾病的影響。
2) 2013 冬季會 (12/6-8) _ 飲食料理對心臟血管疾病的影響。

2. 菸害防制宣言內容修改—

※ 結論：建議修改內容如下：

- 原稿 _ 高血壓、及糖尿病等等 → 修改稿 _ 高血壓及糖尿病等。
- 原稿 _ 大屠殺 → 修改稿 _ 危害。
- 原稿 _ 漲菸價，我們認為一次漲足……每包 150 元 → 修改稿 _ 調漲菸價，以抑制吸菸人口成長。
- 原稿 _ 心臟病與中風圖文 → 修改稿 _ 心血管疾病及中風警示圖文。
- 原稿 _ 同時建議設立受菸害孩童申訴專線 → 修改稿 _ 全刪除

3. WHF- Heart and Tobacco News Asia —

※ 結論：建議由何鴻望委員代表學會之預防委員會回覆 WHF 有關學會舉辦之活動訊息。

(九) 心衰竭委員會。

〔程文俊主委〕

去年六月在心臟學會雜誌公布了心臟學會的 Heart Failure Guideline，指引中引經據典，參考歐洲或美國心臟學會等相關治療指引並配合本土數據發表此篇 Guideline。但是我們知道本土的數據不足夠，所以我們預計說一方面在今年發表一本 Pocket Guideline，讓參考者可以隨身攜帶；另外也期望能夠有本土的案例登錄計劃。預算收錄 1000 個案例，邀請國內總共 24 家醫院參與，將整體做 IRB 申請，再由各參與醫院個別向該院依範例提出 IRB 申請，希望在最短時間裏能夠完成收件。預計在明天可否將相關數據整理發表，再將其資料放入我們的 Guideline 中，將會更將完整。

1. 心衰竭治療指引 Pocket Guideline —

- ※ 結論：① Table 及 Figure 的字體需加大。
 ② 內容宜具體，重點需再調整，以期符合 Pocket Guideline 簡潔明瞭原則。
 ③ 編排上需留意前後一致性。
 ④ Pocket Guideline 內容完成後需再寄給各原作者修訂確認。

2. 案例登錄計劃推動—

- ※ 結論：① 時程：102 年 3 月提供完整資料，各 Site 開始申請 IRB
 102 年 6 月完成全部 IRB 申請並開始收件
 103 年 6 月收案結束 (Follow-up 1 年)

② 經費：

項 目	金 額	說 明
IRB 申請費用	100 萬元	各 Site 提供 5 萬元 (約 20 家)
案例費用	200 萬元	每個 Case 1500 元，至少 1000 個案例；如達 2000 案例時，需再募款。

③ 建議邀請參與醫院：

NO	醫 院	主 任
1	台大醫院	林俊立
2	台北榮總	陳適安
3	新光醫院	洪惠風
4	國泰醫院	王榮添
5	三軍總醫院	鄭書孟
6	馬偕醫院	郭任遠
7	振興醫院	殷偉賢
8	萬芳醫院	謝敏雄
9	亞東醫院	吳彥雯
10	台北慈濟	柯毓麟
11	林口長庚 (心一)	郭啓泰
12	林口長庚 (心二)	溫明腎
13	台中榮總	王國陽
14	中山附醫	詹貴川
15	中國附醫	張坤正
16	彰化基督教醫院	陳清埤
17	奇美醫院	陳志成

18	成大醫院	李貽恆
19	高雄榮總	邱春旺
20	高醫附設醫院	溫文才
21	義大醫院	曾維功
22	高雄長庚醫院	洪志凌
23	花蓮慈濟醫院	王志鴻
24	基隆長庚醫院	楊甯貽

各參與醫院 PI 名單，將以各院提供為準。

- ② Case Report From :
〔TSOC Systolic Heart Failure Registry〕
- 以住院病人為登錄對象。
 - 建議清楚標示“Must”及“Optional”填寫項目。
 - 需另外設計 1 年 Follow-up 登錄表格，建議可包含藥物、Function Class 及是否再住院等項目。
 - 登錄表格修訂，詳見附件。
- ③ 登錄計劃 Protocol，請陳世明委員協助。

(十) 學術委員會。

1. 季會籌劃—

- ※ 結論：2013 秋季會_9/27-29/ 新竹國賓飯店。
2013 冬季會_12/6-8/ 台南香格里拉遠東國際大飯店

2. 2013 年年會籌劃

說明：102 年 5 月 17-19 日 / 台北國際會議中心。

- ※ 結論：① 5/17 (W5) 下午安排兩岸四地節目表 (HT_ 江晨恩主委負責、冠心病_ 建議由 Device 廠商推薦名單及詢問常敏之主委是否負責安排?、心律不整_ 邱春旺主委負責、心衰竭_ 請 HF 藥物廠商推薦名單，如無適當人選即取消)。台灣生物科技與心血管節目，建議與業界互動，由葉森洲主委籌劃。預防醫學講座由預防委員會籌劃。
- ② 5/18 (W6) 主要有全球華人心血管論壇，相關外賓及節目表〔略〕，尚未回覆之外賓 (如 Dr. Frank Ing..)，於這禮拜五未確定即取消邀請。
- ③ 全 Oral Presentation (6 篇)，為 Basic、HT、General Cardiology & Others)、Imaging，全 Poster 為外科、兒科、電生理，其時段舉辦 Symposium。
- ④ IYIA 邀請內容建議由黃瑞仁副主委確任，如 OK 即發邀請函，演講人選建議 5~6 位，國家：台灣、(第一梯次邀請)_ 日本、韓國、新加坡、(第二梯次邀請國)_ 馬來西亞、泰國、印尼、菲律賓、越南。

- ⑤ YIA 競賽時段，建議 5 位選 3 位。
- ⑥ KSC/TSOC Joint Session，建議韓國學會理事長 Kim 推薦 2 位演講者（包含理事長），至多 3 位演講者（含 1 台灣），每位 20 分鐘，演講題目建議：韓國新趨勢發展（The Best Cardiology in Korea_請其推薦相關領域如 EP、Imaging、CAD...）、台灣是 The Best Cardiology in Taiwan。
- ⑦ 青年醫師教育：蔡惟全（Echo）、劉言彬（Device_MRI）、張其任（Valve Surgery），每位 25 分鐘。
- ⑧ Live Demo 確定由成大醫院轉播，北京阜外轉撥請詢問介入常敏之主委，如於 1 月底前未確定即取消，台大轉播取消。節目表外賓安排，請考慮台北 <-> 台南交通時間，建議安排轉換便利。Dr. Park 尚未回覆，擬換邀請 Dr. Satoru Sumitsuji。建議上午一場 PAOD 與 Renal Denervation 對調。
- ⑨ 5/18 (w6) 19:30-21:30 Presidential Dinner (TSOC Official Dinner for Board Members, Invited Speakers/Chairs, and Invited Guests), Grand Hyatt Taipei 1 樓君玉廳，建議安排 10 桌為原則。
- ⑩ ESC & EAS in Taiwan 改為“ESC in Taiwan”，外賓建議 Anker、Lip、Newby 演講，Pinto、理事長、副理事長擔任主持人。

四、討論事項一

（一）心臟電生理暨介入治療專科證書。（電生理暨節律器委員會提案）

說明：新版證書由心臟學會與心律醫學會共同核發。

※決議：通過共同核發證書格式見〔附件一〕。

（二）POST ACC/ESC/AHA Highlight Symposium 講者補助辦法。（研究委員會提案）

說明：① 目前已募集到廠商提供約 35 位出國補助經費，補助 Post ACC/AHA/ESC Highlight 系列講者出國費用（每場次約 8 位），原則上至美國每位 NT.100,000.- 至歐洲每位 NT.120,000.-。

② 同年度一人只提供 1 次出國補助。

③ 補助費用核銷項目：報名費、來回經濟艙機票、住宿（至多會議日期前後各加 1 天）、Local 交通、三餐。採實報實銷方式處理。

④ 但書：接受出國補助者有義務擔任 2 場次 Post Highlight Symposium 演講者。違反時訓練單位將喪失往後推薦機會（不可抗拒原因可除外）。

〔林幸榮理事長說明〕

現在有廉政署成立，由廠商補助醫師組團至國外參加會議，基本上可能會出現問題。在此考量下，邀請廠商將經費贊助至學會，再由學會贊助會員醫師出國參加會議。公家醫院問題會比較多，私人醫院是否可能遭遇同樣問題，我們可以去思考，如果經費不是經由心臟學會，也可能是經由各醫院的基金會，用這個模式來處理，應該會比較沒有問題。這是我們必需小心謹慎的地方。

〔學術委員會陳肇文主委〕

因為有幾家廠商告知從今年開始，總公司規定不可再補助醫師個人出國費用，至少有 2 家以上廠商與學會連絡這樣的事情，因此就建議他們將經費贊助至學會。尤其是年輕醫師在如此壓縮情況下更是沒有機會，所以在研究委員會議中提出建議，由廠商將整筆經費贊助至學會統籌運用。

對未來的了解是，陸陸續續有各家廠商，也是在出國經費部分已做大幅刪減，所以往後愈來愈難，即便不是我們國內各個醫療機構規定，將來也會面臨到國外跨國企業藥廠內部的規定。

研究委員會建議是以年輕會員醫師為優先，鼓勵他們有機會出國。目前募集到的經費大約為 300 多萬，希望還可以繼續募集，至少在明年本屆理監事會交接前，幾個國外重要心臟學會議年輕醫師出國需要的經費都能夠 Cover 過來。

※決議：通過。

(三) 資格審查案。(甄審 / 電生理暨節律器委員會提案)

1. 專科指導醫師：(甄審委員會提案)

建議：共有 10 位醫師提出資格申請 (含 8 位心臟內科、2 位小兒心臟科)，審查結果如下—

	姓名	服務單位	審查結果
1	林珊妙	馬偕醫院 (小兒心臟科)	未通過 〔專科及教學資歷未滿 5 年 / 臨床未滿 10 年〕
2	吳卓鎔	台大醫院 (心臟內科)	通過
3	黃群耀	台北醫學大學附設醫院 (心臟內科)	通過
4	林明志	台中榮總 (小兒心臟科)	通過
5	林亮宇	台大醫院 (心臟內科)	通過
6	蔣俊彥	奇美醫院 (心臟外科)	通過
7	許智能	台大雲林分院 (心臟內科)	通過
8	李瑞恆	台北市立聯合醫院 仁愛院區 (心臟內科)	未通過。 〔原著經編輯會議，因病例數 不足，更改為短篇報告〕

9	楊甯貽	基隆長庚醫院 (心臟內科)	通過
10	段大全	台北榮總 (心臟內科)	通過

※決議：通過。

2. 入會申請案：(甄審委員會提案)

說明：共有 31 位醫師提出入會申請並通過審查 (含內科 18 位、外科 9 位及小兒科 4 位)，詳細名單如下—

	姓 名	服 務 單 位	專科	入會日期
1	張鈺鋒	台中榮總	內專	101.08.23
2	吳晃維	國軍高雄屏東院區	兒專	101.09.10
3	馮文翰	高醫附設醫院	內專	101.09.12
4	許惠恆	台中榮總	內專	101.09.18
5	王晟安	萬芳醫院	內專	101.10.31
6	段德敏	台北慈濟醫院	內專	101.11.23
7	蔡函衫	國泰醫院 (補在職)	外專	101.11.27
8	賴昱勛	光田綜合	內科	101.11.28
9	李威杰	高雄長庚	內專	101.12.03
10	洪俊聲	奇美醫院	內專	101.12.06
11	黃博彥	永康奇美醫院	內專	101.12.06
12	廖家德	奇美醫院	內專	101.12.06
13	鄭銘榮	高雄長庚	內專	101.12.19
14	何淵智	高雄長庚	內專	101.12.19
15	呂尚謁	高雄長庚	內專	101.12.19
16	江俊德	振興	兒專	101.12.25
17	郭業文	澄清醫院	兒專	102.01.02
18	蘇珉一	馬偕	內專	102.01.03
19	賀業宏	中山附醫	外專	102.01.21
20	張凱為	中山附醫	內專	102.01.21
21	嚴元凱	中山附醫	內專	102.01.21
22	林岱遠	林口長庚	外專	102.01.29
23	黃品富	林口長庚	外專	102.01.29
24	高志宏	三軍總醫院	外專	102.01.20

25	蔡承根	三軍總醫院	外專	102.01.29
26	陳志遠	秀傳醫院	內專	102.01.31
27	胡祐寧	成大醫院	外專	102.02.04
28	宋國慈	馬偕醫院	內專	102.02.19
29	袁于婷	台北榮總	外專	102.02.25
30	李宗興	台北榮總	外專	102.02.25
31	趙彥鈞	馬偕	兒專	102.02.25

※決議：通過。

3. 心臟電生理暨介入治療專科資格：(電生理暨節律器委員會提案)

說明：廖英傑 醫師 (S1392)

- _ 專科日期：99.10.29
- _ 訓練期間 / 單位：99.07.01-101.08.01/ 台中榮總
- _ 服務單位：台中榮民總醫院
- _ Case Presentation：100.12.3-4_ 心律醫學會第一次年會(新竹喜來登)
→ 10月20日通知補件：補送2010年7-11月份施行案例(含姓名/病歷號/診斷) List 清單。補件內容(略)。

結論：① 通過廖英傑醫師之資格審查。

- ② 申請「心臟電生理暨介入治療專科」，建議提供全部案例的 List，並需留意個資法問題。

※決議：通過。

4. 心臟外科專科資格申請：(甄審委員會提案)

說明：黃竣暘醫師 (N1375)，通知 101 年心臟外科專科聯合甄試，向學會申請心臟外科專科資格。(98.7-100.06 北榮心外報備訓練)

- 入會日期為 101 年 6 月 20 日 → (已滿半年)
- 積分 (A 類 35 分, B 類 125 分, 總共 160 分) → (符合 60 分, 至少 1/2 為 A 類)
- ACLS 資格：101.03.03-104.03.02 → (已具備)

結論：通過黃竣暘醫師心臟外科專科醫師資格申請，提理監事會議通過後核發專科證書。

※決議：通過。

(四) 訓練醫院受訓報備及員額申請案。(甄審委員會提案)

建議：申請內容及審查結果如下一

No.	單位	報備異動內容	發日 文 期	備 註	結 果
1	成大醫院 (小兒心臟科)	吳季倫醫師 報備受訓 (101.1-103.09)	101.10.15	101 年度訓練員額 1 位 (有 2 位專指), 目前無報備。	同意報備
2	林口長庚醫院 (第一心臟內科)	綦芳 醫師 報備受訓 (101.09.11-103.09.10)	101.12.05	101 年度; 訓練員額 3 位 (有 10 位專指), 目前已報備 1 位 _ 李廣祚醫師。	同意報備
3	台大醫院 (小兒心臟科)	取消李敏醫師訓練。 另報備王景甲醫師接受訓練 (101.08.28 起算)	101.11.29	101 年度員額有 3 位 (6 位專指), 目前報備 3 位 _ 劉欣明、王嘉慶、李敏。	同意報備
4	新光醫院 (心臟內科)	蕭成儀醫師 報備訓練 (101.09.20 起)	101.12.19	101 年度員額有 3 位 (11 位專指), 目前已報備 1 位 _ 尤繹茗	同意報備
5	林口長庚醫院 (第二心臟內科)	申請 102 年度訓練員額增加 1 位 (至 4 位)	102.02.04	101 年度報備專指共 9 位, 依規可年收 3 位受訓醫師。	同意 102 年訓練員額增至 4 位, 但 103 年度需扣還。

※決議：通過

(五) 年度心臟專科訓練醫院書面評鑑結果。(甄審委員會提案)

建議：1) 書面複評結果—

◆ 心臟血管內科

No.	醫 院	審查結果
1	中國醫藥大學附設醫院	通過
2	奇美醫院	通過
3	花蓮慈濟醫院	通過

◆ 心臟血管外科

No.	醫 院	審查結果
1	亞東醫院	通過
2	奇美醫院	通過

◆ 小兒心臟血管科

No.	醫 院	審查結果
1	馬偕醫院	通過
2	台中榮總	通過
3	中國醫藥大學附設醫院	通過

2) 未通過—

No.	醫 院	審查結果
1	台北醫學大學附設醫院 (心臟內科) 註：101.04.10 因專指未達三人 取消資格。	未通過 〔申請中專指尚不能納入計 算，故專指只有 2 位，不符 合規訂〕

3) 要求補件—

No.	醫 院	補件內容說明
1	慈濟台北分院 (心臟外科)	100 例以上開刀例數之詳細資 料(姓名及手術名稱)

《註》實地評鑑部份將另外安排委員實地訪查，再將結果提報下次理監事會議審查。

※決議：通過。

(六) 財務報表。(財務委員會)

① 101 年度收支決算表—

說明：(1). 經費收入：NT\$68,079,409.-、經費支出：NT\$58,042,349.-，總盈餘：
NT\$10,037,060.-。

(2). 經費收支各項目金額請見_101 年度收支決算表。

(3). 雜誌編印費支出金額比預算表增加，乃是雜誌由季刊變雙月刊。

(4). 建議提撥經費總收入 5%，金額：NT\$3,403,970.-。

※決議：通過。

② 101 年度資產負債表—

說明：(1). 資產：流動資產 NT\$67,971,223.-、固定資產：NT\$38,526,047.-、其他
資產：NT\$15,000.-。

(2). 負債及餘絀：流動負債 NT\$8,340,182.-、基金暨餘絀總額
NT\$98,172,088.-。

(3). 學會總資產金額：NT\$106,512,270.-。

※決議：通過。

③ 101 年度現金出納表及基金收支表—

說明：❖ 現金出納表：

- (1). 收入之部：上期結存 NT\$46,458,632.- + 本期收入 NT\$75,400,792.-。
- (2). 支出之部：本期支出 NT\$54,701,593.- + 本期結餘 NT\$67,157,861.-。
- (3). 學會現金出納表總金額：NT\$121,859,424.-。

❖ 基金收支表：100 年度累計金額：NT\$21,639,661.- + 101 年度提撥金額：
NT\$3,403,970.-，準備基金合計總金額：NT\$25,043,631.-。

※決議：通過。

④ 財產目錄表—

說明：90 年度設備資產全報廢。

※決議：通過。

⑤ 102 年度收支預算表—

說明：(1) 經費收入：NT\$65,490,000.-，增加收入項目為專案計畫收入之考察觀摩費，因有募款來贊助年輕醫師至 ACC、AHA 及 ESC 出國參加國際會議，另增加登錄計畫收入金額 NT\$3,000,000.-，目前有 ACS 及 AF 二案的計畫，由廠商贊助學會執行。

(2) 經費支出：NT\$65,490,000.-，大筆支出增加項目為季會、考察觀摩、雜誌編印費及登錄計劃。

(3) 雜誌編印費因改為雙月刊，支出金額編列預算 NT\$3,000,000.-。

(4) 提撥經費收入 5%，金額：NT\$3,274,500.-，預備金不編列。

※決議：通過。

(七) 大陸人士來台參與學術活動代辦費及報名費用修訂。(秘書處提案)

說明：(97.06.06 第廿一屆第三次理監事會議財務委員會報告) 因大陸廠商提議加強兩岸學術交流，鼓勵大陸人士來台，學會可籌辦海峽兩岸學術研討會或論壇，並建議由學會理事長對保大陸人士，秘書處協辦相關行政事務，且為增加財務的收入，決議通過接受代辦及每位收取代辦報名費 NT.15,000.- 元整。

〔殷偉賢秘書長〕

97 年時因大陸廠商提案為促進兩岸交流、鼓勵大陸人士來台，當時同意代辦入台手續並收取代辦及報名費用 NT.15,000.-。而今年氣氛有點不同，大陸醫師出國及接受廠商贊助的意願不高，可能是更換領導人關係有點緊，因此提出來聽聽大家的意見。

〔林幸榮理事長〕

我想主要是如剛才陳肇文主委提到的狀況，因為廠商贊助醫師出國參加會議的規定及經費影響，不只是我們國內醫師到國外去參加會議，大陸醫師來台

參加會議恐也會有影響，無法像過往一次來幾十至幾百位，如果我們仍要求來台參加會議者皆需繳交 NT.15,000 時，我想廠商也可能不願意贊助繳交這些費用。我想會愈來愈困難，廠商意願也有明顯的降低，需要重新思考過去一些規定，請各位理監事提供意見。

〔江正文名譽理事〕

有時候危機即是轉機，廠商規定不可贊助醫師個人出國去開會，上面有這樣的規定時，或許可利用研究委員會的模式，請廠商將費用捐助至學會，再由學會請大陸醫師來台參加會議。這些捐款可跟廠商說是指定用途，我們會用在這個方面。這樣也好，因為廠商直接找醫師本來就不十分太恰當，對雙方都好，可用這個方法嘗試看看，對學術交流上將會有正面影響。

〔殷偉賢秘書長〕

學會邀請的講者或主持人實際上也都不用繳交費用，還要提供住宿、演講等費用。現在的狀況是指來台純參加會議的人，目前眼看真的是很少。是否考慮調降費用？或者達一定人數提供折扣等等。

〔江志桓名譽理事〕

我想原則都是一樣，目的是為促進兩岸學術交流。如果費用捐助到學會來，由學會指名邀請大陸人士來台，不再收取其它費用，畢竟從我們這邊出去只繳交報名費而已。但是如果是說用學會名義邀請他們來，一定是有名目要來演講，或者說有多少人是我们希望他們來到，提供兩岸相互的經驗，我想我們也不是缺這個經費，如果缺時就另當別論。

現在都是要從廉政上面去思考，怎麼去避免法規上面的網綁，這樣是比較合適的。從這個方面來講，是建議學會不要再收取費用，我們大可不必廢除條文，只需將其擱置，萬一以後需要時還是可以再恢復施行。

※決議：同意先擱置條文，但執行與否由秘書處與財務委員會協調之。

五、臨時動議—

（一）加護病房評鑑。（魏崢理事提案）

說明：心臟外科在照護加護病房病人時，不可能交由一般的重症專科醫師來照護。現在實際有醫院花錢請重症專科醫師，但是照護還是得交由心臟外科醫師處理，但錢卻支付給重症專科醫師，這是很可笑的一件事情。

評鑑條文本來就很嚴格，後來又加了一條，要求加護病房醫師可以看門診和開刀，但不能收受住院病人，怎麼會有這麼奇怪的條件？這些條件大多是針對做重症的醫師來訂定，我想心臟內科的醫師應該也有很多類似情況，心臟內科專科醫師訓練出來後，可以做導管，但不能收病人，這像什麼話。

這樣一來心臟外科都沒有人要來做。振興心臟外科醫師人數雖多一點，但也無法做到，最後都用欺騙的，強迫每個醫院用欺騙的方式處理。我想心臟學會要用較嚴肅的建議，讓醫策會了解加護病房的評鑑條文是有必需更改，至少不能

收受病人這件事情，怎麼可以有這樣的規定！。

但其他的條文部分還是有很多問題，那些以後可慢慢再修改：舉例來說，加護病房白天要求要有主治醫師，夜間住院醫師即可，怎會有白天和晚上的區別？

〔急重症加護委員會程俊傑主委〕

心臟學會加入重症聯甄會，但是在聯甄會中其實是反對這件事情，條文是醫策會那邊訂出來的，聯甄會中也是有在討論如何去改這個條文。重症聯甄會學會代表為林理事長、我和殷秘書長 3 人。

〔心臟外科學委員會翁仁崇主委〕

醫策會下有關加護病房評鑑的召集人是周嘉裕主任，所以這方面我們是否可事先協調一下，後再正式的去函。的確我們心臟外科在照護 CCU 病人方面受到很大的限制，尤其是主治醫師照護加護病房的病患時，在外面不可以收受住院病人，對中小型醫院來說更是無法承受。

〔魏崢理事〕

我在想或許當初不是惡意訂定該條文，只是希望照顧加護病房的醫師，不要到處跑需留在加護病房中。這點是可以同意的，只是覺得輪值的加護病房，輪值期間不可去開刀或看門診，這點可同意且大部分醫院做得到。收病人應該也相同，只需當值那天他的病人改由值班醫師代為照護即可，可以做一些讓步。如換作心臟內科，恐怕也不會放心交由所謂有執照的重症專科醫師來照護，因為責任都在你的身上，他不可能幫你擔起責任。

〔翁國昌理事〕

心臟學會在急重症醫院評鑑上是否能夠有機會更擴大的去參與，因為急重症是目前所有醫院成為醫學中心的門票，在 ACS 和 AMI 處置上，心臟學會應該有這樣的義務和權利，去 Survey 哪些醫院具備資格。

〔陳肇文理事〕

需從二方面來說，即實務上如何去操作，以及學會立場如何去表明，就如前面所提建議學會發布 Policy Statement 是一樣的道理。Policy Statement 不僅 AHA 有，ACC 每期刊刊也會有，歐洲心臟學會在其雜誌中也都發布有正式的 Announcement。

我們學會面臨到這麼多問題，學會立場是需要有這樣的 Statement；而 Statement 如何去形成，像類似這種問題，需跨不同的委員會（可能 2-3 個委員會）共同處理，寫出一個 Statement。這個 Statement 裏面一樣需要引經據典，有根有據，不能只是個人意見的陳述，即可會成為一個比較正式的 Statement。如果為英文內容，就登刊在心臟學會雜誌，中文內容就登刊在會訊上，至少這是一種較正式召告天下的方式。我相信在所看到的 ACC 及 AHA 的 Statement 都是這樣在運作的。也會有個根據請會員來重視或注意這件事情，朝這個方向來改進。

〔林幸榮理事長〕

很贊同陳教授的想法和建議，想看看學會需要有什麼樣的 Public

Statement，在學會會訊或雜誌中來發布，我想就可以開始來做。

〔洪惠風理事〕

據我所知醫策會所引用的條文有擴大解釋的疑慮。我的想法是說在心臟學會的立場，最簡單的方式是將其切割開來，心臟科的 ICU 即 CCU，另外將其獨立出來，不一定要有所謂的專責醫師。先將 CCU 及 CVS-ICU 分開出來，立場講得很清楚，即這部份是我們可以主導。至於其它的 MICU、SICU 可能要有很大的努力才會有辦法。將我們的 CCU 分隔出來，或許可先獲得一些回應。

〔陳肇文理事〕

就如剛才洪理事所說，有學理上的根據或引用一些 Paper，事實上就能夠撥亂反正，就可以在學會的 Policy Statement 中告知引用是不對的、解讀方面是不適用的，一定要有理論上的根據。去爭論政策上的問題，都會要求有其根據，提出證據。仔細去看 ACC/AHA 的 Statement，其實都是跨不同的委員會，集中大家的想法，對問題做一完整的敘述以後，很短大約都 1-2 個 Page，引用一些重要的 Reference，說明後就提出這樣的一個 Statement。經過這樣的一個過去，拿去不管跟醫策會或健保局、衛生署也好，去爭論這個事情，才能夠立於不敗之地。當初我也有去了解一下，ACC/AHA/ESC，尤其是 ESC，其寫 Statement 的目的也是想要影響政策。

〔陳肇文理事〕

就如剛才洪理事所說，有學理上根據或引用 Paper，事實上就能夠撥亂反正，就可在學會 Policy Statement 中告知引用是不對的、解讀方面是不適用的，一定要有理論上的根據。去爭論政策上的問題，都會要求有其根據、提出證據。仔細去看 ACC/AHA 的 Statement，其實都是跨不同的委員會，集中大家的想法，對問題做一完整敘述後，發布大多都很短約 1-2 個 Page 內容，引用一些重要的 Reference。這樣一來，與醫策會或健保局、衛生署爭論這個事情，才能立於不敗之地。當初也有去了解，尤其是 ESC 寫 Statement 的目的也是想要對政策有所影響。

〔蔡良敏監事〕

自從重症急救責任醫院評鑑以後，要求的都是一些醫師禁止的事情。因此大部分醫院都要在裏面放個專責醫師，但大多開刀或心導管治療病患，不可能放給他做治療，所以我們還是必需再去 Care。故醫院要求 Combine Care，有的醫院會各給一半，有的是三七分帳，造成很多困難，我們的專業就這樣被切成一半。

當然心臟系統首當其衝，但會與所有開刀者都相關，我們內科做心導管的也會遇到相同狀況，要去做 Combine Care，這是一個整體性的問題。恐怕是要從重症或是急救加護那邊，它們的 Policy 要了解說至少專業者應該可以單獨 Care，這一點應該要想辦法去突破。

※決議：由秘書處協調急重症加護委員會及心臟外科學委員會討論處理，再提報理監事會。

發號：0147

心臟電生理暨介入治療專科醫師證書

茲證明

牛亞蕾醫師經本會甄審通過

為『心臟電生理暨介入治療專科醫師』


二吋照片

中華民國心臟學會理事長 **林孝榮**

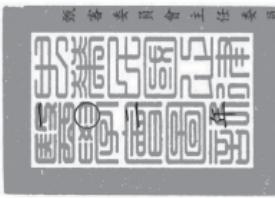
電生理暨介入治療委員會主任委員 **邱春陽**

中華民國心律學會理事長 **陳通安**

秘書委員會主任委員 **郭任遠**



中華民國



四 月

Certify that

Dr. Ya-Lai Niu

(Certification Number: 0147)

Has Fulfilled the Requirements as a

Board of Cardiac

Electrophysiology and Interventions

with

All the Privileges and Obligations thereto Pertaining.

This Certificate is Valid from Apr. 2013 to Mar. 2019.

President of ISOC:
Sing-Jong Lin, M.D.

Chairman
Cardiac/Electrophysiology
and Pacing Committee:
Chuan-Weng Chou, M.D.

President of TSHQS:
Shih-Ren Chen, M.D.

Chairman
Credential Committee:
Jen-Yuan Kuo, M.D.