



最新消息

一、研商私立醫療機構變更負責人(屬性)、醫師報備支援及衛生局督導考核等相關事宜-會議記錄

私立醫療機構於名稱、地址、建築物之樓地板面積及樓層、服務設施、人員以及診療科別等維持現狀，只單純更換負責醫師，新舊負責醫師於簽訂權利義務全部概括承受契約情形下，得以變更登記事項辦理。即，比照公立醫院變更負責醫師之規定辦理，免歇業後，重新許可及開業。

衛生福利部 函

機關地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段488號
傳 真：(02)85907088
聯絡人及電話：洪國豐(02)85907391
電子郵件信箱：mdhgf@mohw.gov.tw



813

高雄市左營區自由三路406號3樓

受文者：中華民國基層醫師協會

發文日期：中華民國107年12月7日

發文字號：衛部醫字第1071667846號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：會議紀錄1份(1071667846-1.pdf、1071667846-2.pdf)

主旨：檢送107年11月19日研商私立醫療機構變更負責人(屬性)、醫師報備支援及衛生局督導考核等相關事宜會議紀錄1份，請查照。

說明：依據本部107年10月30日衛部醫字第1071667067號開會通知單辦理。

正本：甘添貴委員、羅傳賢委員、蕭維德委員、黃英寬委員、內政部營建署、內政部消防署、地方政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部社會及家庭署、本部護理及健康照護司、本部長期照顧司、中華民國基層醫療協會、中華民國基層醫師協會、中華民國診所協會全國聯合會

副本：本部醫事司第二科、本部醫事司第四科、本部醫事司劉簡任技正越萍(含附件)

研商私立醫療機構變更負責人(屬性)、醫師報備支援及衛生局督導考核等相關事宜會議紀錄

時 間：107年11月19日(星期一)下午2時

地 點：本部209會議室

主 席：石司長崇良

紀錄：洪國豐

出席人員：如簽到單影本

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：(略)

參、討論事項：

案由一：私立醫療機構變更負責人或屬性時，可否比照公立醫院變更負責醫師之規定辦理，免歇業後，重新許可及開業；另建築及消防相關規定適用疑義一案，提請討論。(醫事司第一科)

決議：

- 一、本次主要討論私立醫療機構變更負責人，有關私立醫療機構改以醫療法人形態設立一節，將另案討論。
- 二、私立醫療機構於名稱、地址、建築物之樓地板面積及樓層、服務設施、人員及診療科別等維持現狀，只單純更換負責醫師，新舊負責醫師於簽訂權利義務全部概括承受契約情形下，得以變更登記事項辦理。至於應否派員履勘，屬地方主管機關之職權，由地方政府本於權責辦理。
- 三、本部106年9月14日衛部醫字第1061666936號函，請配合上開決議修正。

案由二：各縣市督導考核實務執行狀況予檢討一案，提請討論。(醫事司第二科)

決議：

- 一、醫療法第 28 條規定：「中央主管機關應辦理醫院評鑑。直轄市、縣（市）主管機關對轄區內醫療機構業務，應定期實施督導考核。」，係規範中央主管機關應辦理評鑑，直轄市、縣（市）主管機關應定期實施督導考核之義務。
- 二、上開所稱「定期」，依同法施行細則第 17 條規定：「直轄市或縣（市）主管機關依本法第 28 條規定辦理醫院、診所業務督導考核，應訂定計畫實施，每年至少辦理 1 次。」，係指直轄市、縣（市）主管機關每年對轄區內醫療機構業務，至少辦理 1 次督導考核，而非強制性要求對轄區內每一家醫療機構，每年都要督導考核 1 次。
- 三、督導考核係地方職權，中央主管機關不宜做統一規範，以下會議之共識，供地方主管機關訂定年度督導考核計畫之參考：
 - （一）盡量簡化作業程序，不以實地查核為限。
 - （二）當年度醫院評鑑項目與衛生局督考項目重疊或相符者，可將醫院評鑑結果通過部分，認列為已完成督考。
 - （三）基於「獎優懲劣」原則，督導考核符合規定之醫療機構，隔年可列為書面審查或修正為 2 年或 3 年再行督導考核。
 - （四）督導考核未符合規定、被檢舉違規、發生醫療糾紛之醫療機構，或中央主管機關交查(辦)案件，列為當年度及下年度重點督導考核對象。

案由三：醫師事先報准支援作業規定調整(1)事先報准應取得「執業登記機構負責醫師同意」修正為「被支援機構負責醫師同意」。(2)增加醫療機構間之會診、支援，屬適用未固定排班之情事。(3)醫師人力登記執業改採「多點執業」，或採有條件、有範圍的開放多點執業，可免除報備支援之作業等案，

提請討論。(醫事司第一科)

決議：

- 一、本提案之重點在於檢討「醫療機構間之會診、支援，屬於未固定排班提供診療」之情形及事先報准規定二項，不討論其他議題。
- 二、增列並修正本部 106 年 6 月 1 日衛部醫字第 1060115743 號函，「未固定排班提供診療者，屬免事先報准之情事」之適用情況如下：
 - (一)遇有大量傷病患，需臨時增加醫事人員人力處理者。
 - (二)對於緊急或重症傷病，需徵詢其他醫師意見者。
 - (三)逾原報准支援之門診時段部分者。
 - (四)原報准支援時段，臨時更換醫師。
 - (五)住院病人在非報准支援期間，因病情需要，需原報准支援醫師處置者。
 - (六)執行器官捐贈作業流程之腦死判斷(參照 101 年 7 月 12 日衛署醫字第 1010210052 號函)。
 - (七)執行器官摘取手術等醫療作業(參照 102 年 3 月 5 日衛署醫字第 1020269476 號函)。
 - (八)醫院與醫院間、診所與診所間，臨時性未固定排班提供診療者。
- 三、需事先報准者，若原報准支援之固定時段，屆期未繼續提出申請，經系統提醒後，未提出變更時，視為延續報准支援。
- 四、修正本部 96 年 2 月 9 日衛署醫字第 0960222467 號函規定，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%之規定：
 - (一)補充說明支援總服務時段數之計算，原則以被支援診所每

月開診數計算。

(二)增列山地、離島地區不在此限。

肆、臨時動議(無)

伍、散會：下午5時20分。

二、108年度會費繳交預告

各位基層同仁辛苦了！

預祝大家新的一年平安健康、事業順心。過去一年，雖然拿到了差強人意的預算，讓大家稍減經營壓力，另一方面也是腎臟科多事之秋的一年，接連躍上媒體版面，慶幸在學會理事長及時出面化解，及林元灝秘書長的努力奔走下總算獲得平息，回想過程仍令人捏把冷汗。最近幾年由於台灣人口結構的改變，透析治療優質穩定有效的延長病人壽命，以及政府全民健保德政下，人人都可以接受最好的治療，而不用增加經濟負擔，加上國人活體器官移植風氣未開，使得門診透析總額逐年增加的趨勢一時難解，因此很容易成為各方關注的焦點，動見觀瞻，也許大家都得面對艱苦經營的常態。

明年(108年)的透析總額成長率是3.1%，比原先要給的2.95%，稍有增加，結果可能與預估的真實病人成長率相去不遠，因此未來一年的門診透析點值，應該與今年相去不遠。但這對我們是不夠的，因此我們基層院所必須更加團結起來，面對各種挑戰，爭取更好的生存空間。大家有繳會費，我們才有資源去透過各種管道尋求支持，以維護我們基層的生存，如此才能維持最基本的透析品質，維護腎友的健康。

今年繳費院所接已達七成，希望未來一年，每一家都要能做出貢獻。最後以八字箴言「尊重、關心、謙虛、低調」的行事準則與大家共勉！

台灣基層透析協會 楊孟儒理事長 敬上

三、協會電話更改

協會 原 會址電話：02-2314-9997 皆已停用。
聯絡電話：03-5313-889

聯絡協會請洽：0933-255-108 曾專員 (Kelly)

協會 Line ID：dialysis98

四、學術專欄

洗腎患者主動和被動的注射補充鐵劑差別

新鴻遠診所 張智鴻醫師

在英國 2100 位洗腎患者，給予主動和被動的注射補充鐵劑，追蹤 2 年，有差別嗎？

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1810742>

之前的教育是認為，當洗腎患者貧血合併鐵質不夠時，才補充鐵劑，之所以如此被動補充鐵劑是因為擔心它的副作用，感染。然而事實真是如此嗎？

實驗採取：prospective, randomized, open-label, blinded end-point, 分成 2 組

組 1) High-dose group: 400 mg of iron sucrose per month, to be administered intravenously, was prescribed to the patients, with safety cutoff limits (ferritin concentration of 700 μg per liter or a transferrin saturation of 40%) (每個月主動補充鐵劑，超過 cutoff limit 就暫停注射鐵劑，等抽血數值下降再繼續)

組 2) Low-dose group received a monthly dose of 0 mg to 400 mg of iron sucrose as required to maintain a minimum target ferritin concentration of 200 μg per liter and a transferrin saturation of 20%, in line with accepted clinical guidelines. (目前的 guideline：當鐵質不夠時，ferritin 少於 200 and transferrin saturation 少於 20%才被動補充鐵劑)

結果：

- 1) High-dose group needed fewer blood transfusions and received lower doses of erythropoiesis-stimulating agents (ESA).
- 2) Infection rates did not differ between the groups.

註：看起來是好事，主動補充鐵劑組有較少輸血的機會，也使用較少量的 ESA，在這 2 年的觀察也沒有較高的感染機會。High dose 組相對於現今 guideline 支持的 low dose 組，算是 noninferior！