

牙醫門診總額研商議事會議 108 年第 1 次臨時會議紀錄

時間：108 年 12 月 17 日 14 時整

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：張毓芬

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
干代表文男	(請假)	許代表世明	許世明
王代表棟源	王棟源	連代表新傑	連新傑
石代表家璧	石家璧	陳代表少卿	陳少卿
朱代表日僑	蘇芸蒂(代)	陳代表雅光	陳雅光
吳代表明彥	吳明彥	溫代表斯勇	溫斯勇
李代表純馥	李純馥	黃代表純德	(請假)
沈代表茂荼	沈茂荼	黃代表福傳	黃福傳
季代表麟揚	季麟揚	鄒代表繼群	王斯弘(代)
林代表敏華	林敏華	劉代表經文	黃立賢(代)
林代表順華	林順華	鄭代表信忠	鄭信忠
林代表靜梅	(請假)	黎代表達明	黎達明
林代表鎰麟	林鎰麟	謝代表義興	(請假)
邱代表建強	邱建強	簡代表志成	簡志成
邱代表昶達	邱昶達	藍代表鴻文	藍鴻文
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	(請假)	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：

衛生福利部

梁淑政

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、陳思琪

衛生福利部疾病管制署

徐士敏

衛生福利部護理健康照護司

蔡明翰

中華民國牙醫師公會全聯會

吳迪、柯懿娟、邵格蘊、

中華民國藥師公會全聯會
台灣醫院協會
中華民國醫院牙科協會
本署臺北業務組

本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組
本署違規查處室
本署資訊組
本署企劃組
本署醫務管理組

潘佩筠、施弈含
洪鈺婷
吳亞筑、曹祐豪
(請假)
楊淑娟、王文君、蔡雅安、
吳逸芸
林巽音
林淑惠
郭碧雲
施怡如
劉翠麗
高幸蓓、高浩軒
白姍綺
(請假)
陳泰諭
吳科屏、蔡翠珍、劉林義、
王玲玲、洪于淇、張作貞、
劉立麗、宋兆喻、李佩純、
劉勁梅

壹、主席致詞(略)

醫務管理組報告：修正本會議 108 年第 4 次會議紀錄，討論事項第二案第三點(一)，修正為「同意修訂恆牙根管治療(三根)(90003C)、牙結石清除-局部(91003C)、牙結石清除-全口(91004C)、單純齒切除術(92015C)、複雜齒切除術(92016C)、手術拔除深部阻生齒(92063C)、特定局部治療(92066C)等 7 項診療項目支付規範文字。」

貳、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：109 年度牙醫門診總額地區分配預算

決議：同意牙全會所提 109 年度牙醫門診總額地區分配預算案，自 109 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 22.606 億元，用於下列 5 個項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.65 億元)。
- 三、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
- 四、「牙周病統合治療實施方案」(經費 19.656 億元)：六分區預算按 107 年 7 月至 108 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
- 五、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 107 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、配合牙科全面提升感染管制品質：
 - (一)第一章門診診察費按是否符合感染管制實施方案拆分為「一般門診診察費」及「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」兩節。
 - (二)原感染管制診察費及山地離島診察費共 4 項各調升 35 點；新增「每位醫師每日門診量 > 20 人次部分」2 項感染管制診察費，支付點數 155 點；新增符合加強感染管制之 X 光等 3 項診察費，支付點數 635 點。
 - (三)新增 4 項符合加強感染管制之特定身心障礙者診察費，經費由「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項下支應。

- 二、本項實施後未能 100%申報感管診察費或經抽查不符感管標準者，依 109 年牙醫門診總額協定決議，若執行全面提升感染管制品質院所未達 100%之目標，將按比例扣款。前開比例扣款之預算範圍及方式將報請全民健康保險會決定。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「109 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一) 增加服務人次由 128,700 人次增加至 160,000 人次。
- (二) 108 年原編列於其他預算之居家牙醫療服務費，用 109 年起由本計畫支應。
- (三) 新增醫療團提供一般護理之家牙醫服務，並由衛生福利部護理及健康照護司提供一般護理之家名單。
- (四) 增列申報牙周病統合治療第一至第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用之規定。
- (五) 增列屬居家牙醫收案條件中「特定身心障礙者」或「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收之規定。

二、有關居家牙醫醫療照護整合計畫服務之居家牙醫醫療服務院所於緩衝期(費用年月：108 年 6 月至 108 年 12 月)可暫不加入照護團隊，前開緩衝期得順延至 109 年本計畫公告之日前一天。

第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：增訂「109 年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」

決議：

- 一、計畫名稱及目的，請衛生福利部社會保險司及牙全會與本署確認後訂定。
- 二、有關牙全會所提試辦醫院為雲林台大分院及嘉義陽明醫院，本署無意見，惟嘉義陽明醫院未設置牙科，本計畫相關執行面，請牙全會再行研議。
- 三、同意牙全會所提夜間急診服務適應症為顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者等 7 項適應症。
- 四、本計畫保險對象應自行負擔之醫療費用應回歸全民健康保險法之規定，急診案件依急診自行負擔之醫療費用規定辦理。
- 五、執行報告及評核報告於第一年試辦須蒐集申報案件數、申報點數、就醫人數、平均每就醫人費用點數及平均每件費用點數等五項自評指標數據外，增列「3 日內再急診率(同疾病)」指標。
- 六、本項計畫醫療費用支付原則，下次會議再議。

第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「109 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

決議：

- 一、本案已通過部分，修訂重點如下：
 - (一) 配合 108 年 9 月 27 日健保醫字第 1080013359 號公告修訂之「牙醫門診加強感染管制實施方案」，增列「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP」之作業細則及考評表規定，本計畫於牙醫巡迴醫療服務通則部分增列「巡迴醫療服務須符合『巡迴感染管制 SOP 作業細則』規定」文字。

(二) 因牙周病統合案件已自 108 年 3 月起導入健保支付標準並以一般服務預算支應，刪除本計畫中與牙周病統合案件相關文字。

(三) 執業計畫：施行地區刪除金門縣金寧鄉、雲林縣元長鄉。

(四) 巡迴計畫：

1. 巡迴計畫「成立滿 2 年之社區醫療站及巡迴點，每位醫師每月每診次就醫人次連續三個月低於 3 人」之服務量管控規定，修正為「一級地區每位醫師每月每診次就醫人次連續三個月低於 3 人、二級地區(含)以上調整為每位醫師每月每診次就醫人次連續三個月低於 2 人」。
2. 同意施行地區新增「台南市楠西區」及「嘉義縣中埔鄉(沱水村、同仁村、石碇村)」。
3. 同意「嘉義縣阿里山鄉(豐山村、新美村、茶山村)及「高雄市桃源區拉芙蘭里」提升為四級地區。

二、有關本方案巡迴計畫是否繼續試辦品質獎勵項目，考量本項費用需以全年統計資料評估成效，本項暫予保留，待統計資料確認後再行研議。

參、散會：下午 5 時 50 分。

肆、與會人員發言摘要詳附件。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議

108 年第 1 次臨時會議與會人員發言摘要

主席

因為目前委員人數已經過半，今天為臨時會，有 8 件討論事項，為不耽誤大家時間，會議開始。

醫務管理組 張毓芬科員

今天有發一份補充資料，有關 108 年第 4 次研商會議紀錄，在討論事項第二案(修正支付標準)，第 6 頁文字有誤植部分作修正。另外則是今天議程資料的感管方案對照表有修正，請各位代表參考。

討論事項第一案 109 年度牙醫門診總額地區分配預算

主席

如果按照 R 值及執行率分配，差距(A 減 B)，大概中區、南區、東區少一點，臺北、北區、高屏多一些，南區少比較多，此點確實在上次會議有些區域(代表)反映不要用執行率來分配，現在統計出來了，但是這次全聯會提出來還是要依執行率分配，好，是否各位均有共識?上次大家對執行率有意見的分區，現在也沒有意見了。如果沒有意見，第一案通過。接下來要經健保會復議的程序才會通過，大家有沒有意見?請理事長。

王棟源代表

我們不提復議案。

主席

健保會不需要提復議案嗎?燕玲組長，有關分區分配的部分。

衛生福利部全民健康保險會 陳燕鈴組長

本會協定結果風險調整基金是 22.606 億，這個是不能動的。

許世明代表

這邊補充說明，我們修正方案的部分，是從獎勵計畫的 8,000 萬中移撥 1,500 萬到就醫率最高的，所以跟當初在健保會協商會議通過的總金額是不變的，是在 22 億裡面的 4 項去做一些微調，這樣要不要提健保會?

主席

這個要請問健保會的組長。

衛生福利部全民健康保險會 陳燕鈴組長

健保會當時的協定事項是 22.606 億用於 4 項用途，以及賸餘款之處理。健保會對於細節執行面沒有匡列每個項目的預算額度。如果是屬於 4 項用途之細

部預算調整，本會之協定事項並沒有規範，以上。

主席

如果金額有不符呢?22.756 億跟 22.606 億有一點不一樣?

衛生福利部全民健康保險會 陳燕鈴組長

是不是請牙醫部門說明一下 4 項用途的個別金額，加總後是否為 22.606 億?

主席

但我們現在看到的資料是 22.756 億?是不是我們手上的資料有誤植?

醫務管理組 劉林義專門委員

差額在移撥給中區及高屏區的金額，在報健保會的時候是 0.15 億。

許世明代表

在這邊補充說明，在提升獎勵計畫的時候，原來是移撥 0.8 億，現在調整為 0.65 億，該區投保人口就醫率最高兩區的保障款原來的是 0.15 億，所以把上面的 0.15 億移撥到此處，為 0.3 億，所以整體加起來總金額還是維持 22.606 億元，所以總金額是不變的。

主席

所以確定是 22.606 億，所以這邊的細節就不用在健保會提復議案，好，如果大家同意，請問中區跟南區代表的意見，上次是你們反對吧!沈醫師(南區代表)，這個案子用執行率來分配，有沒有意見?

沈茂棻代表

沒有意見。

主席

中區的石家璧醫師還沒來，他應該也沒有意見吧?好，第 1 案我們就通過了，也不用提健保會復議。接下來第 2 案。

討論事項第二案 修訂「全民健康保險服務給付項目及支付標準」

主席

好，先請全聯會發言。那一位要先來說明?

牙醫師公會全聯會 吳迪醫師

跟大家報告一下，我是專案小組的召集人吳迪醫師，針對這個部分，第一件事，原則上超過合理門診量 20 人次的案件情形沒有很多，我們不建議把這個費用調整上去。

主席

沒有很多，但也是會發生。

牙醫師公會全聯會 吳迪醫師

我們建議是原則上還是要符合，但我們不要去調他的費用。我們的意思是牠雖然是保留在這個項目裡，到時候前面那幾項還是會被移到感染管制的那幾項裡面，但是我們並沒有要調整這個費用。

主席

如果是這樣的話，是否要備註此項金額已經含感控的成本？要不然(內容)名稱也未修正，因為其他項目皆已經修改名稱，就是提升感控、感染管制診察費。雖然申報的人不多，但仍會有人申報，這部分未妥善處理，後續也會發生爭議。

溫斯勇代表

我想這件事情如同剛剛署方報告的，至少這個想法我有看到過，跟大家報告，如同剛剛吳迪醫師所講的，他可以申報人數超過 20 人次的時候，基本上就是符合加強感染管制應該要做的，這個精神只有 120 點的，為何一直以來合理門診量以外，還要診察費比較低的，我們在西醫的部分，其實還有很多層，因為當人數到達一定程度的時候，他本來為什麼要支付比較少，是有一個概念是因為成本也可能相對的攤提掉，所以我們從歷來從來沒有調整支付標準在加強感染管制裡有針對這個部分裡面在其中去增加提高點數，至於剛剛主席的疑慮，在此項診察費的項目中未寫到特別要符合這些感染管制的部分，因為可以報這個項目的人，他在前面的項目已經要報了才有，那如果沒有報前面的，他也不會有 over 20 人的，所以，不會有前面(的疑慮)，這是雞生蛋，蛋生雞的問題，所以這裡有沒有加，其實是沒有什麼關係的，但是如果署方覺得一定要加高的話，我相信理事長他也不會反對把它加高，他在前面已經要做了的時候，前面他跑 20 批碼是符合的，到後面而且是一起跑進去的，為什麼要叫第 21 批碼的人要再改一批名字。那當然要改，我相信也不是不能改，但我們沒有調，我想信大家是歷來覺得他的成本已經可以不需要再調整了，我們希望醫師儘量不要，尤其至少是臺北區，醫師不要過勞，一天不要超過 20 個(病患)，其實這樣我們也擔心說醫師的身體負荷，所以希望不要太多人。

主席

我們現在新的名稱叫做 SOP 診察費嗎？是不是？

醫務管理組 王玲玲科長

這是全聯會提過來的，是 SOP 診察費，我們應該是要寫符合加強感染管制牙科診察費。

主席

加強感染管制牙科診察費，你們不調超過 20 人次的我們是沒有意見，但是名

稱也是要改為加強感染管制牙科診察費，點數不動，但是名稱要改，這樣才不會有爭議，要不然所有的東西都改成加強感染管制，其他的就只有那4項文字都不動，好像意有所指那裡是不一樣的。雖然你們認為前面20人次都已經做了感染管控，怎麼會第21個做不到？當然要做到，但它的名稱需要一致化，可以嗎？即點數不動，名稱照改。

王棟源代表

同意。

主席

好，所以即點數不動，名稱照改。接下來第2點請說明。超過8月31日是不是就沒有診察費可以申報？因為已經沒有原來的診察費，是不是診察費為0？

許世明代表

我們在這邊的設定是到9月1日應該是所有的院所都要實施。

主席

所以沒有實施的是不是代表診察費為0？因為院所沒有代碼可以申報？原來的這些代碼都停止適用。

許世明代表

對，我們原始的設計是這樣的。

主席

確定就請說明清楚，意即從9月1日起，沒有做感染管控的，他們(院所)的診察費就為0，我們就落入會議決議紀錄中，要不然未說明清楚。因為這是全聯會提出的，為什麼要訂8月31日此處也沒有多做說明，但這裡有敘明9月1日起開始使用新的代碼，舊的名稱只使用到8月31日，是不是就是這樣？因為總是要讓人理解，支付標準是法規命令，必須要讓人理解。

溫斯勇代表

我想詢問一件事情，這個精神就是主席剛剛說的，我們也希望9月1日起是0，就是不能有申報碼，剛剛聽起來，主席的意思是把這個變成0，還是完全沒有？

主席

不然您有請院所填哪一項？因為已經沒有這個項目了，因為您已經停止(使用舊代碼申報)。

溫斯勇代表

就沒有這一項？還是維持這一項名稱但診察費為0？剛剛聽起來的意思，我不太懂。

主席

因為你們說要增列實施時間至 8 月 31 日止，表示 9 月 1 日起就沒有這個項目，是不是這樣的？我們正在探究原意，再回頭看看如何表達。您的原意如果是這樣的話，就表示如果 9 月 1 日起還是沒有做到加強感染管制的診所，他的診察費是不是就是 0？因為沒有代碼可以申報，就是 0。對吧！這個就我們釐清之後就寫入會議決議，但這個項目必須大家有共識，因為這項法規命令通過後本署還必須要接受挑戰。健保會的決議只是說沒有做到百分之百的話要等比例扣款。

簡志成代表

主席，我們那時候的原意應該是在 9 月 1 日起要輔導所有院所都能夠做感染管控，所以理論上院所要報新的診察費，那如果有不合格者，再去回扣，而不是說他們不能申報診察費，應該是這個意思，這個跟診察費為 0 意思不同。

主席

抽查的比例並非百分之百，抽查到沒有實施(感染管控)的診所也只有一部分，有一些是他們自動說我們沒有做到，所以我用原來的代碼申報，那就表示從 9 月 1 日開始沒有人會自動報沒有做的，那如果經過抽查發現他都申報有做感控的，但結果不合格，那他診察費為 0，因為他沒有碼(可以申報)。

許世明代表

所以我們允許剛剛主席的結論，但是法規命令是不是可以診察費為 0？如果診察費為 0 在法規上沒有問題的話，我們願意依照診察費為 0 的方式申報。

主席

健保沒有支付那種沒有感控的診察費，因為都沒有代碼了，對吧！

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

這次修正主要是日落條款，就是明年 8 月 31 日以後就不能夠申報一般診察費的代碼，因此之後若有支付標準的修正發布，我們可能會將他 delisting 掉，也就是就沒有這四個代碼了，所以全聯會的意思是不要有這 4 個代碼可以申報，還是維持但支付點數是 0？

主席

這個就是沒有代碼可以申報，還是有代碼但是診察費點數為 0？這也是一種選擇。那如果是抽查，但是抽查不合格，就要改申報點數為 0 的診察費這項？

王棟源代表

希望維持有代碼，但支付點數為 0。

主席

這是創我們有始以來有代碼但是點數為 0。

王棟源代表

因為他做處置，一定要做感染管控，那是因為他必須符合感染管控，所以我們支付給他感染管控的診察費。

主席

這是我們的支付標準表內，有支付標準項目代碼但點數為 0，這是第一次出現。

徐邦賢代表

主席不好意思，要訂所謂的落日日期跟標準的差別，目標就是要把他加到百分之百，但是經過剛才討論之後的確有實施上的困難點，所以第二個就是我們剛才所提，即使他日後不符合 SOP 的感染管控，就是消毒的水準不夠，並非沒有去診斷，那後面還是有 treatment。我能夠能了解剛剛理事長所講的，有代碼但點數是 0，但如果日後有什麼調整至少代碼還在，但若已經沒有代碼了，就是另一個特殊的狀況，不過我只是疑問，之前的狀況如果診察費為 0，只有一個情形就是同一療程。

溫斯勇代表

真的有，就是在兒童治療專案的時候，我當天申報牙周病統合照護第一階段的時候，如果當天有同時又有病童做牙體復形，但是他的診察費是報 2 筆，有 1 筆支付為 0。

主席

這個狀況是只能支付 1 次，但現在討論的是只有 1 筆，那筆是 0。

溫斯勇代表

申報這個支付為 0，剛剛主委所提是怎樣在法規上是最好的，而且符合申報的方式。

主席

剛剛玲玲科長這邊講的是說，如果你們這邊確定這些為 0，就要在支付標準的通則上面敘明從什麼時候開始，這個是全聯會提案的，每一項都寫實施時間到 109 年 8 月 31 日止。

醫務管理組 王玲玲科長

這個是在討論 2-2，後面的文字說明在通則要補列上去。

主席

建議在第一章的通則裡面加列這 4 項停止實施日期到 8 月 31 日，就不需要每一項都去寫，重點是這兩個還是一樣的道理，所以我們現在就回過頭來問是不是(診察費)就為 0?那為 0 是直接 Show 為 0，還是沒有此項目?就連申報代碼都沒有?如果連代碼都沒有表示沒有診察費可以申報，但是可以治療，但問題是治療就是安全的嗎?意即診療就不付了，他可以治療，那為何我們需要付治療?

許世明代表

在我們的想法跟概念裡面，在做診察的時候就應該把感控給做好，那這部分沒有做的話，是不是可以？在法律上我們不清楚。

主席

但治療可以做嗎？而且治療還是要用那些手機。

許世明代表

可以。

許世明代表

他不合格的原因可能不見得是在那個項目，不合格的原因可能是 10 幾項的中的其中 1 項，跟他實際診療項目不得見的是相關的。

主席

但他感染管制的項目仍有部分不合格，我們會擔心他感控做的不好，才會不合格。

許世明代表

因為當初我們會這樣做考量，就是往百分之百(合格)去設計，當然是每一個院所都應該把感控給做好，都做好的話，就不會有人去報原來 230 的診察費。

主席

不過你們(全聯會)應該要以民眾的角度思考，如果診察費都不符合感控的原則，接下來要幫我拔牙，或是做其他的治療，前面都不合格了，不管是那一項，後面的誰知道安不安全？後面治療的申報金額還比前面的診察更多。

醫務管理組 李純馥組長

可是概念上還有一塊應該去釐清，他(院所)來跟你申報感管根本不符合感管，你要怎麼處理？意即要如何應敘明清楚，既然你們(全聯會)希望有一個輔導期到 8 月底，那照理講就是要到 8 月底，再來他(院所)全部都要報感管，不符感管要怎麼處理，要在支付標準寫清楚，不然這樣(的結論)真的很奇怪，又允許院所去申報一個不符合感管的(診察費)，您相信他們會申報這個嗎？

主席

這個在過去的經驗裡面，有超過百分之二十到三十的比例是不符合感控標準的，過去的紀錄這麼不好，現在要有決心，可是看起來並不是很合理，尤其是診察費都不符感控的人，就算他(診察費)為 0，他還是在做拔牙、補牙，我們再去支付，這樣怎麼跟民眾講說這個錢付的合理？這個顯然還是有很多漏洞。

許世明代表

如果署方可以同意在法規上申報診察費為 0 的話，那我們就建議這樣。

主席

診察費為 0，那後面的拔牙之類的療程費用還要付嗎？如果真的是貫徹感染管制的話，是不是前面沒有申報者，後面也全部都不給付？

溫斯勇代表

主席，我還是有一個疑問，我想我們跟健保會協商內容還是全面提升「進階」的感染管制的部分，只是同意說還沒有達到符合進階感染管制的時候，我們覺得診察費不要給付，但很難說他全部治療都罔顧了醫病安全而都不予給付，我想如果假設要這樣，應該是比較屬於政府的公權力讓他不得執行業務。

主席

這應該是你們專業要告訴我們的。因為如果我們對民眾加強宣導，民眾都會注意，因為你們說(裝器械的)袋子可以看起來是密封的，上面也有滅菌指示帶可以辨識，但民眾會想說沒有的，院所拿出來的並不是這樣的；如果民眾這樣問我們健保署這樣的診所可以幫我們拔牙嗎？本署要如何回答民眾？而且說實在的，那個 20 人次以上也是一樣的，上面要註明是有含感染管制的成本，要不然也很奇怪，都沒有感控診察的診察費，對不對？診所說我沒有做到，被民眾檢舉，所以最好把他寫清楚，現在再來講這個第 2 題，8 月 31 日之後，那些是例外，因為健保會協商的時候只有說，沒有達到百分之百的話要按比例扣款，並沒有講到(診察費)要為 0，可是現在全聯會是主張要為 0；若全聯會主張為 0，且一系列的結果有一致性，我們也是會給予支持，可是因為寫入支付標準之後有問題是本署要解釋，並非全聯會要解釋。

許世明代表

如果診療費為 0 的部分，署在法規上沒有異議的話，我們就同意。我們會有這個落日條款是因為 Suppose 大家都是符合並做好感控的，這個代碼就沒有存在的必要。所以當初我們在會內的時候也有在考慮說全部廢掉，但是在初期導入的時候，一些在輔導期間院所沒有辦法馬上完成，所以我們才有這個落日條款，不然我們也是不希望沿用這個方式來向院所說：你不好好做的話，未來就是面臨沒有診察費申報的結果，來促使所有的院所達到要求，這是我們整個方案的原意在這裡。當然在法規上，或在其他方面我們有考量不周的地方，就看署有什麼建議，我們都可以接受。

主席

就是還有幾個點我們需要去想清楚，剛剛淑政組長有建議是項目留著支付點數為 0，或者項目也不見，這是一種選擇，接下來才是如果都沒有代碼可以申報，或如果他申報診察費為 0 這個項目，那後面的處置代表是安全嗎？如果民眾有這樣的疑問要如何回答？請理事長。

王棟源代表

因為有 10 幾個項目，可能是違反其中 2 或 3 項。

主席

就算是其中的 2 或 3 項沒有做到，也是會影響感控，我們應該是要全部做到。

王棟源代表

雖然他違反其中 2 或 3 項，但是他其他部分都有符合規定，所以我們就把這幾個支付表訂為 0，我是建議還是把代碼留著，雖然申報但已經沒有感控的費用。

主席

其他代表有意見嗎？陳醫師。

陳雅光代表

當然全聯會有這樣的決心很好，不過因城鄉差距，確實在執行點上有落差。如果要取消診察費，我們希望在加強感染管控的診察費去區分多面向的做法，因為從最後文字「診察費」來看，若它並沒有診察費，等於匡前面 35 元的加強感染去卡後面 230 元診察費，這是二段名詞，沒有一項就是二項全沒有，連診察費都沒有，若訴諸行政法律，到底是否能繼續存在？因為加強消毒管控，是一項名詞，沒有做到完全就二項都沒有，這個我不同意。但是將兩個名詞匡在一起，結果是前面 35 元去卡後面 230 元，若一項沒有做好，二項都沒有，這從法律層次來看，會有問題。

主席

您們有請教法律專家嗎？

陳雅光代表

第 2 點，牙醫界本身希望做到病人安全及醫師安全，但在後面罰扣的區塊，能否有空間，在那段沒做到，在這部分做罰扣，在解釋面來看是否會比較合理。我們就可說服牙醫師：你就是前面這段沒做到，所以影響後面安全，所以只留一個沒錢或少錢的項目給你當成基本的。像現在鼓勵重補 50 元，病人今天蛀這面，明天蛀那面，雖然不是牙醫師的責任，但牙醫師有義務幫病人重補，錢就是少少的，不是否認他整個包裹治療的項目，以上建議。

許世明代表

關於核刪診察費，這部分在法規上沒疑義，至少在爭取費用有加感染管制，若要核刪處置費，在不予支付的理由很難找到相關可以整合處置費的法規。

主席

你要增訂支付指標嗎？

許世明代表

查詢目前相關衛生法規，就算感染管制不合格，主管機關沒有罰則。

主席

這次修正後，診察費都加上加強感染管制牙科診察費。

許世明代表

在健保部分是這樣處理，但在處置費部分的爭議比較大。今天就要我們馬上做出回應是有困難。

主席

你們也同意若前端不符合管控，後面可以申報。

許世明代表

不是說我們同意，這樣問恐怕沒人敢回答同意。

主席

不然就是我們要回復同意。你不敢講，要我們去講。

林順華代表

從開始設計就是錯的，以致後面不好收尾。就是 230 是否要存在或歸 0？開始就是取消處置費，診察費也取消，問題出在診察費，在邏輯上若保留大於 20 的，每天都超過 20，他還有 120 可領，若歸 0，報不到診察費，邏輯是相反的，所以一開始就是錯的。

現在討論診察費要不要歸 0 或保留 230？名目要加或成立 SOP，但它是未完全符合 SOP 讓院所申報，後續的處置費到底能不能做？診察費不單純是 SOP，還有幫病人看 X 光片，幫病人診斷疾病，這都在診察項目裡。今天焦點太偏頗是否消毒，像院所老醫師或年輕醫師忘記消毒，它還是幫病人看病，把它歸 0 確實有些不能接受。

主席

你們醫界意見不大一致。想要做什麼決議？

林順華代表

意見沒有不一樣，我是說今天問題難收尾，應該不要討論處置費、診察費不能報，診察費要想怎麼變動或保留。

許世明代表

目前已有共識，感控就是歸 0 或整個刪除部分，剛才講過，若法規沒疑義，我們同意歸 0；至於處置費部分，若大家認為不應該存在或這家院所感控不合格，根本不應該提供不符合病人就醫安全的院所，建議明定在合約上，不應與健保署簽約。

要刪處置費，核刪的依據到目前為止，不曉得要如何引用，因感控不合格，所以處置費用全部都不予給付。目前看法是這樣。

溫斯勇代表

我覺得健保還是一個特約、合約的精神，所以在合約上有特別的規範，沒有達到進階感染管制的院所不應給付費用，假如已在合約明定，當然只好遵守；但院所可能拿不到符合加強感染管制牙科診察費的時候，它的執行處置是否還能保障病患安全，這種事情沒人敢保證說一定沒有。若有院所忘記登記在本子或減失登記，針扎流程紀錄一時找不到，實地審查時沒提供就變不合格，我們就要做兩案，每個員工都有潛在被針扎的相關風險及機率，這樣被擴大解釋，如果真是這樣，處置費及診察費都不給付的時候，是否一開始們就不要開給他，這樣可能比較方便。至少要我說他一定不符合安全，個人覺得沒辦法同意，如果理事長要問臺北區是否同意，我們表達反對意見。

主席

請問鄭教授、季老師意見。

鄭信忠代表

首先肯定全聯會對於實施感染管制的決心與毅力，不過這是系統性的問題，補助感染管制應是院所但很少補助個人。剛才有提到合約的問題，事實上，牙醫機構有無 hold 住感染管制，系統效能有沒有好，個人是個別考量，應該用系統性的思考比較合理，現在拆成個人補助，才會發生這種問題。前面所提不合格，後面的處置費到底要不要讓他申請。最理想的說法是系統分級，如果自己還要這樣，只好將它拆開，如果不符合，就給諮詢費。現在的辦法是用全聯會推行的試辦方式，希望大家都能做好，我個人覺得既然已經走到這地步，最好是及格，後面都沒事。若是不及格，後面不要全部都沒錢，就給個所謂的諮詢費，但伸到嘴裡碰到組織及口水的處置就不給付。若不這樣做，可能要重新另啟系統化，這是很大的工程，以上是個人建議。

季麟揚代表

我在想如何解套？若從字面解釋，「加強」感染管控，英文比較接近的是 advanced；另外還有「基本」感染管控，英文比較接近的是 basic。醫療院所一定要做到 basic 基本感染管控，政府才會核給開業執照，服務民眾。若是加強感染管控沒做好，可以解讀為 extra 的部分沒有達標，所以就沒有 extra 的獎勵，但是仍然認定其在 basic 方面有達標，因此，處置費就還是可以給付。這是我初步的想法。

主席

請林代表。

林敏華代表

我個人想法，可能是猜測的，當初牙醫提出全面提升感染管控，有達標的牙醫師給予額外獎勵，做不到的醫師就給原本的申報給付，希望大家向有錢的地方靠攏，當時全聯會考量已經有一定數量的診所有能力做，才提案到健保會，今天到署做支付標準的時候，就字面是全面，不是加強，署在執行上就

有很大壓力。當初委員協商內容是做不到就扣款。若今年若沒辦法普遍做到，就要有心理準備可能會面臨扣款的問題。至於老師提到系統性風險，因為我不是專業，沒辦法提出建議。

主席

請主管機關心口司陳簡技。

陳少卿代表

這次討論的主題應屬於進階、獎勵、提升院所在全面實施感控、消毒的成本反映在診察費的提升事宜，但依照在 CDC 的部分，若真有發生感染疾病或相關事件，主管機關自然會派人去地方稽查，會依「傳染病防治法」的罰則處理。

這部分(實施感染管制)若要馬上全面在全台各地一體適用，可能有些地方達不到，在健保署或地方衛生局醫政單位去稽查時，這些達不到的地方要如何訂罰則？改善或停約等，在 CDC 通常會有改善期，故意或嚴重的傳染病違規事件可依「傳染病防治法」處罰，這是我的看法

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

基本上這個項目在總額協商時，是希望一般的感染管控能更好，提升牙醫感染管控的品質。理論上符合基本感染管控的需求，是要符合 CDC 要求的水準，現在只是牙醫全聯會希望更提升、要求更高的感染控制品質，所以在健保會協商時增加預算，用來調整這部分的門診診察費。尊重牙醫全聯會調整門診診察費的方式。

另外主席有提到如果沒有符合提升感控標準，診察費為 0，那診療費是否應該有所處理的看法，這要看牙醫全聯會的決心，如果期待大家都能朝往提升感染管控的方向，達到標準者，診察費支付點數有加成，如果不符合者，除診察費支付點數為 0 外，或許診療費的支付點數可以打折，以宣示牙醫全聯會提升醫療服務品質的決心。

許世明代表

很多委員及專家學者提到分級的概念，事實上在「加強感染管控實施方案」有針對很多項目萬一有那項不合格，處理的方式有分級的概念，從輔導改善到加強審查，核扣費用等都有在做分級的處理。

只有把目標訂在 100 分，才可能達到 90 幾分，很多部分設想設定 100%，一定會有院所無法達到 100%，就像健保署設定 0 違規，但每年還是有人違規。設定目標不可能設定有 2-3% 違規院所存在，所以我們才會提出這種方式，希望診察費部分，若處置費也納進來，可能很難實施下去。回到會內說感控沒做好，診察費要做相關核刪，很多院所可能就放棄不做，主席的考量是合理，現階段沒辦法再針對處置費做進一步的考慮。換位思考，若感控不合格的院所，處置也有疑問，若民眾質疑怎麼會與這種院所簽約，這部分需要大家從大目標大方向，為了民眾就醫安全去共同努力。

主席

這就結論嗎？所以就是保留診察費，支付點數為 0，不是刪除診察費。

醫務管理組 李純馥組長

大家要去查當時健保會決議，決議是這樣寫：全面提升感染管控的品質，所以給予一定的成長額度，預期目標是要所有院所都要 100%達標，如果沒達標依比例扣款。所以這次討論在診察費為 0 的項目，照各位所提的方案說法是到 8 月底就沒了，沒有為 0 這件事情，照你們原來草案。當時你們並沒有設定它為 0，是設定那個項目都不能申報，若不能用感控方式申報，它確實沒符合，就要被處罰，所以要從這個角度釐清楚。

健保會決議是沒達標按比例扣款。所以今天問題在討 2-3，想請教健保會，要扣二筆非協商經費或 5 億的一般部門？

主席

這已經最後討 2-3 頁，現在是討 2-2 頁，要如何表達，主委堅持說項目留著，支付點數為 0。你們原意是 9 月 1 日沒有這個項目，現在是要有或沒有項目。

許世明代表

還是回歸我提到在法規、執行面有無困擾，若你們覺得在法規上與簽約院所可能會有爭議的話，當然就盡量避免。之前說為 0 是有人提出建議，在署方執行上避免爭議，可以給我們建議。

主席

支付標準科王科長，有項目為 0 比較好或項沒目為 0 比較好。

醫務管理組 王玲玲科長

若單純以支付標準的訂定，是不建議有支付標準點數為 0 的項目，這要面對外界解釋，現行在麻醉章節有一項局部麻醉的支付點數為 0，這項單獨給一個支付代碼，主要是讓論病例計酬的必要實施項目可以申報。這個碼就曾多次解釋，更何況診察費為 0，對外要很費勁解釋，我個人覺得請大家思考一下組長的說明，診察費在未加強感染管制時，是以一般門診診察費申報。現在是加強感染管制，新增許多支付標準項目，讓符合者可申報。沒有 100%實施加強感染管制時，有不符合者，預算當然依比例核扣。但有提供診察及處置的醫師，也應給他合理的診察費。

主席

那就有項目不是為 0，所以就不一樣。

許世明代表

事實上在設計方案時，都沒有考量沒做到會受罰，沒做到被扣款是天經地義的事情。怎麼樣不被扣款，一致的看法是希望能做到 100%，若署方認為不宜將診察項目核刪，我們也接受。

但是在提案，我們強調為什麼要做這件事，這樣推動會比較好，達到 100% 的機會是比較大，當有另一個選項就可以不用做，這是我們的初衷。請主席給我們一些建議。

醫務管理組 李純馥組長

其實全聯會已經承諾這個項目只到 8 月，也就是說就會員來講他們也知道說這個項目只到 8 月。

許世明代表

這是我們委員會開過兩次會議通過的項目，如果署方認為我們設計的支付表在法規上有疑義，在執行上會有爭議，建議診察支付表的代碼還是存在，我們也可以接受，不然我們在這邊討論這麼多，我們提出我們的看法，結果還是有很多質疑的聲音，好像說應該還是繼續存在，如署方和在座醫師認為 230 要存在，那我們也是接受 230 存在。

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

請問全聯會提出這 4 項是做到 8 月 31 日止，也就是說 8 月 31 日以後不報那 4 項，但如果不符合感染管控者，是否還是可以報大於 20 人次的診察費？如果全聯會對於未符合感染管控的診所其門診診察費就不付，還不知道支付代碼要留著還是要拿掉，是否先訂落日條款，也就是說明年 9 月 1 日起，未符合感染管控的醫療院所其門診診察費不予支付，等到要修正支付標準時，再來討論代碼要留著還是刪除。

主席

請吳醫師發言。

牙醫師公會全聯會 吳迪醫師

回到上一次研商議事會議，是沒有落日條款的，當時會議署方給我們意見是在一般診察費保留的情形下，是不是對於執行 100% 有決心上的問題，所以我們把案子再拉回來討論，針對這個點去做討論，但我們希望能把原有感染管控方案在比較少異動下做一定程度的調整，在我們朝 100% 的目標前進時，本來就應該要是循序漸進，只是當次會議署方希望我們再去針對這個點再去做討論，所以我跟委員會只能針對決心這個點作回應，如果在操作這件事情上，我認為還是循序漸進處理較好，實際上整個配套措施包括這次方案和前一次方向內容不相同，在這幾個點的變化上修正，後續實施方案的內容也會有變化，這幾次方案調整部分都是因應這些變化做的調整，所以提供各位這個來龍去脈，謝謝。

主席

上次並不是所有的項目都提升點數，只有部分項目沒有提升，當時的討論是說，剩下的是不用做？或是都要討論進去？身障的或是其他項目等等這是一個問題。另一個是說因為按健保會決議，沒有達到 100% 按比例扣款，所以我們

要求你們提出如何達到 100%的推動方案。這次有提出推動方案，我們等會討論，醫管組剛也提到，如果是依比例扣款，而是扣哪個部分，這次提出的金額是 12 億，一部份在一般總額、一部份在非協商因素，請燕鈴組長說明。

衛生福利部全民健康保險會 陳燕鈴組長

健保會協商時沒有細談到扣款要不要將醫療服務成本指數改變率相關預算計入，如果要釐清，需要提到委員會議。醫療服務成本指數改變率主要依據人事、藥品、醫療材料成本等指數，換算成長率反映一般服務成本的成長。109 年協定事項是將這筆經費優先併入協商因素「全面提升感染管制品質」使用。這筆預算是否計入扣款範圍還是要看本會委員的決定，就個人想法醫療服務成本指數改變率屬於非協商因素，回到設定意旨可能較合理。

主席

這是還是要回到健保會討論，我們今天只處理支付標準表要怎麼調整，剛剛主委說希望為 0，上次也沒有說原來的保留，只有說有些項目要提升 41 點。

溫斯勇代表

剛剛吳醫師講得很清楚，這是我們回應決心的事情，但是事實上在整個操作，決心是要 100%全面，但在要符合的過程中，讓我們更有力道的去輔導會員的時候，還是希望說利用支付標準費用調整的差額，漸進式讓大家去申報，希望還是按照上一次，也許我們把這個決心放在等等要討論的方案，不用花一個小時都在討論支付標準。

主席

你看補充資料，上次的會議紀錄，有關調整感染管制診察費費用有三項，第一項請牙全會提出達成全部牙醫院所 100%的方法，第二項是診察項目的全面考量，並提本次會議討論，這是上次的決議，而這次你們回應第一、二項，第二項有調整項目及點數下修，第一項也提出方案了。

溫斯勇代表

230 先不要落日條款。

主席

那你們這次主張為 0，如果不為 0 是要維持原點數？

許世明代表

討論到現在署方也了解我們的想法及提出的內容，聽起來感覺署方對於維持 230 繼續存在沒有特別意見，上次感覺既然全面實施 100%報感控診察費，另外 230 都沒有申報還有沒有存在意義，我們都是會考量在這個地方。如果署方認為 230 項目可以不修改繼續存在的話，我們也可以同意接受，就不更改支付標準。

主席

就是會變成原來的都留著，又多出一套感控的診察費，兩套讓大家去選，也就沒有 8 月 31 日這件事情。之所以有 8 月 31 日是因為要去切割兩個支付標準的時間。

許世明代表

這樣 8 月 31 日就不要留，原本認為支付表為 0 很奇怪，整筆項目刪除也奇怪，所以回到原意不修改，121C、122C、125C、126C 的落日條款去修掉，不修改支付標準。

主席

如果是這樣，我們要認真考慮 100% 的推動方案，這邊留有人性化支付標準，如果這邊的比例高就去對等比例扣款，至於等比例扣款是扣哪個部分就有健保會去協調，請問支付標準科這樣執行可行嗎？

醫務管理組 王玲玲科長

如果現有的診察費保留，另外有一套加強感染管制診察費的話，我建議是否大於 20 人次的兩項，也一併新增感控診察費。

主席

這兩項請補上感控診察費，但是點數不變，變成兩套同時存在。

溫斯勇代表

是說把 120 加成 155 的概念嗎？

許世明代表

事實上感控診察費歷年來已經調整過好幾次，從來沒有調整過大於 20 人的部分，今天假設看 20 人前面都是報加強感控，不代表後面 3 個人不做感控，應該不會有影響。

主席

如果量不多，加點數的話對財務的影響應該不大。

連新傑代表

鄉下地方如果人數多，醫事人口比比較高的地方，折付會有影響。

主席

雖然你們說過去都沒有加，但是這次是因為名稱都要加上感控修正了。

許世明代表

同意署的建議。

主席

這樣就全加，保留兩套，有關如何扣款就會到健保會處理。還有沒有其他意

見？如果申報原來點數的人很多，就代表大家沒有好好推動。還有有其他要討論的項目？沒有的話就下一案。

討論事項第三案 修訂「109 年全民健康保險牙醫門診總額特殊療服務計畫

醫務管理組 王玲玲科長

請看討 3-2 頁，年度執行目標服務人次較去年提升 10%，修訂為 14 萬多之服務人次，本署建議 108 年 1-9 月服務人次已經達 128,322，是不是服務目標可以再上修以服務更多人次。

主席

服務人次可以上修嗎？

簡志成代表

可以上修。

主席

可以上修到多少？

簡志成代表

我們是今年目標加 10% 是 14 萬。

主席

現在 1-9 月是 128,322 服務人次，如果是 3 季的話，1 季是 4 萬多，今年就會達到 16-17 萬，明年才 14 萬，那明年就是 16 萬*110%，今年實際數已經超過明年預計的目標數了。

羅界山代表

我們是希望能夠照每年的目標值去調整成長。

主席

可是你今年執行數就已經超過明年的目標數，這樣訂定目標不就沒有意義？目標值的訂定以持平或提高為原則。

羅界山代表

本會建議訂 15 萬。因為世事難料，執行上仍有許多變數，目標值希望訂得保守些。

主席

今年預估會達到 16-17 萬，你們明年目標要訂 15 萬，這樣好像不太合理，今年執行數至少也會 16 萬，就訂 16 萬，至少也要和今年相當。

簡志成代表

好，就 16 萬。

醫務管理組 王玲玲科長

第五是修訂預算來源的文字，接者看討 3-11 頁，有關醫療團牙醫服務，這次新增一般護理之家，牙全會有提出由衛生福利部護理及健康照護司擇定，109 年增設 2 家為限，本署意見依計畫規定，至護理之家等單位其內部需設置固定牙科診間及醫療設備，方得提供牙醫服務。另外所提建議護理之家由護理及健康照護司擇定，建議由主管機關護理及健康照護司進行可行性評估。另 109 年總額協商協定事項為協定 109 年護理之家機構數，本項不宜增設護理之家機構數以 2 家為限。

簡志成代表

第一個考慮到的是護理之家種類多，且裡面的患者是否符合我們的要求也無法確定，就像之前社家署開的老人之家，裡面很多人沒有身障證明，修訂之後才有失能老人的定義出來，所以現在問題是護理之家種類多且哪些人符合資格並不確定，包括短期、長期、臥床、插管、公營、民營等，所以希望護理之家由護理及健康照護司責定，就像社家署擇定老人之家，再由我們全聯會來執行，這樣比較不會出現爭議。另先擇兩家試辦是因為剛開始執行此服務並不知道執行的結果如何，且預計費用只有 600 萬，希望慢慢開放執行家數較為穩當，所以我提出這樣的建議，謝謝。

主席

請問有跟照護司討論過嗎？

衛生福利部護理及健康照護司 蔡明翰專員

照護司尊重健保署的決定，我們這邊報告一般護理之家的情況，就算有診間或類似空間，但是沒有牙科治療檯。是不是有需要一些 portable 的器械及裝置需要帶過去服務？是不是護理之家要備妥牙科治療檯？但不是經常使用的情況，目前可能沒有這樣的設置。若後續健保署決議讓這些機構來申請的話，本司再參考社家署老人福利機構的作法，再來看後續如何運作，我們配合健保署的決議，謝謝。

簡志成代表

現行醫療團服務有 2 種，一種是設定固定治療椅，包括身障學校及老人之家都是如此，唯一可以帶 portable 進去的就是特定需求者，像是植物人，因為我不確定護理之家的定義、運作模式及病人類型，如有臥床患者則可參考老人之家作法，可以到床邊服務，社家署有經費是從菸捐補助來設置這類服務，要求購買行動式設備，所以可以走動的就在診間服務，行動不便者則在床邊服務，現在不知道護理之家是否仿照老人之家辦理。

主席

照護司如果要比照社家署老人之家，則要補助護理之家設備，這部分有沒有

意見。

衛生福利部護理及健康照護司 蔡明翰專員

目前我們了解各護理之家都沒有牙科治療檯，這個計畫條件必須要治療檯的話，則先要有機構願意。照護司尊重健保署的決定，但照護司目前沒有編列補助牙科治療檯的經費。如果政策決定，我們會再看看機構的意願，再看後續有什麼方法。

主席

有些護理之家病人是躺在那裡，無法去診療台。

簡志成代表

這樣就要看護理之家能不能參照老人之家的設備及作法，老人之家允許帶 portable，就不是一般身障醫療團只能到診間，身障醫療團只能到診間不能到床邊。所以護理之家的設定比較像是老人之家，建議可以參照老人之家的模式。

主席

所以這邊建議 2 家試辦，照護司覺得 2 家比較恰當嗎？

衛生福利部護理及健康照護司 蔡明翰專員

可能要徵詢機構有無意願，如果要動到他們的空間設施設備，可能意願不大，但如果是 portable 的話，可以徵詢看看。

簡志成代表

但還是要固定治療椅和 portable 二者都有，因為護理之家有人是躺的，有人不是，才能彰顯可以被照顧的對象，所以不是只有躺在床上的人，應該是二者都要。建議比照老人之家的模式去做，所以我們才會建議先由 2 家開始試辦。

衛生福利部社會及保險司 梁淑政組長

但是這個項目，其中是內部要有固定治療椅，所以就沒有辦法比照老人之家完全躺在床上的人，下面有一個特定需求者之醫療服務，這是指老人之家嗎？

簡志成代表

我們也有寫老人之家也是要有固定的治療椅，寫在上面；特定需求者是指創世的植物人。

衛生福利部社會及保險司 梁淑政組長

所以老人之家是可以採固定及 portable 移動式的嗎？但基本的原則是要有固定的嗎？

簡志成代表

對。

主席

護理之家有一些人是可以起來的，有一些則是躺著，所以要去護理之家服務，二者都需要，也就是比照老人之家。

簡志成代表

建議先由 2 家試辦，如果做的好，後續有經費再擴充。

醫務管理組 李純馥組長

請問 3-12 頁這裡是否也要加？因為還有一個特定需求者。

簡志成代表

特定需求者是指創世的植物人，全部都是臥床，所以不用固定治療椅，所以論次的費用不一樣。

主席

好，那 3-11 頁就通過。接下來。

醫務管理組 王玲玲科長

請看討 3-16 頁。

主席

討 3-14、15 刪除？

醫務管理組 王玲玲科長

對，配合到宅牙醫做修正。

請看 3-16 頁，(三)費用支付及申報規定，加成支付考量牙周方案具包裹給付之性質，爰同意不得再依本計畫身心障礙等級計算加成費用。

主席

好，這部分通過，接下來。

醫務管理組 王玲玲科長

請接著看討 3-26，將「身障者」改為「收容對象」，本署同意名稱修改。

主席

好，這部分通過，接下來。

醫務管理組 王玲玲科長

接著看討 3-33，修訂後條文增加(21)執行醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並將原附件 18 感染管制作業表置換為該作業細則。本署意見為本項依 108 年 9 月 27 日公告，增列「牙醫門診加強感染管制實施方案」增列感染管制 SOP 作

業細則及考評表，併同修訂附件 5 文字。

主席

好，那就照改。

簡志成代表

前一案有說明 2 種診察費保留，請確認特殊服務是否也是保留？

主席

對。

醫務管理組 王玲玲科長

接著看討 3-37，是新增第八點(居家牙醫醫療服務)，這裡是跟居整計畫牙醫師資格一樣，本署同意增列。

簡志成代表

因為公告時是適用 108 年方案，還是有必須要加入醫療團隊的問題，去年到今年 12 月我們有訂一個緩衝期公文，是否可以加註提醒緩衝期延長到明年 12 月辦法實施後，因為明年 1 月 1 日起公文效期就過了。

主席

有這個函嗎？

簡志成代表

有，那時候認知要做到但不要加入團隊，因為整合上有一些問題，所以有一個緩衝期，我們到今年 12 月 31 日加入團隊可以執行到宅業務，但新的辦法在牙特就沒有問題，但在還沒有新的公告還是適用舊辦法。

主席

那要怎麼處理會比較好。

醫務管理組 李純馥組長

這部分是不是容許我們重新發函補述，因為已經協商通過整併在牙特計畫，可是在方案公告實施前，函示延長緩衝期而轉銜過來。

主席

好，那就照剛剛李組長說法，那也列入會議紀錄。還有嗎？

醫務管理組 王玲玲科長

3-37 頁，居家牙醫醫療服務新增收案條件的部分，收案條件有 4 類，請全聯會說明居整照護計畫中西醫師收案的病人，出院準備與追蹤管理費申報的病人，如何轉介到牙醫居家醫療服務？

簡志成代表

我們會在收案條件後加註一段話，限居住於住家(不含照護機構(且符合下列條件之一者))，這裡沒有寫是住在那裡，所以如果住在機構，就不符合到宅的條件。現在牙科對到宅收案條件較寬鬆，不管你是患者家屬、西醫師、護理師、復健師、治療師、牙醫師等都可以向全聯會申請，只要符合資格就可以，我們就會分配到各公會做妥善的處理。

主席

也就是不用一定要醫師，都可以受理。

簡志成代表

只要申請案送過來，不需要由西醫師轉介，只要寫申請單就可以。

主席

是否要補一段，中醫、西醫個案主治醫師認為個案有牙醫醫療之需求等文字？

簡志成代表

第一點已經有說明是居家診療團隊了，原本的條件都有保留。

主席

所以有明確的牙醫需求就可以申請了？

簡志成代表

對。

主席

那這邊再補一個明確之牙醫醫療需求。

簡志成代表

好，1、2 我們再補述一段有牙醫醫療需求之文字。

醫務管理組 王玲玲科長

接下來 3-38 頁，(3)的結案條件是未提供居家牙醫醫療服務的病人，請說明如何認定及具體操作型定義。

簡志成代表

這點牙特計畫原來沒有，但因為居整有，所以列入，在牙科結案條件很簡單，例如往生或遷移居住地，是否一定要寫入計畫，如果不用，也可以不寫。像居整是 4 個月，因為我們現在是 2 個月去一次，像我常碰到的情形是個案住院或家屬不在，所以要等下一次，所以 4 個月很快就到。

主席

如果不影響，可以拿掉不寫。

醫務管理組 王玲玲科長

接下來 3-39 頁，照護內容的第 3 點，訪視紀錄的相關規範是否移列到(8)的相關規範？

簡志成代表

同意。

主席

好，那就移列。

醫務管理組 王玲玲科長

接下來 3-40 頁，醫療費用申報(1)，中間文字有中度含發展遲緩兒童的部分，建議發展遲緩兒童再編列一個特定治療項目代號。

簡志成代表

好。

醫務管理組 王玲玲科長

接下來 3-43 頁，第 10 點，保險對象應自行負擔的醫療費用這一段，居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診醫療部分負擔計收；目前居整計畫部分負擔之規定，保險對象應自行負擔之醫療費用，應依健保法第 43 條居家照護之規定計收，處方用藥是依照藥品部分負擔計收，所以屬於本計畫第 7 項收案條件第 4 款的居家牙醫醫療服務第 3 目特定身心障礙者或第 4 目失能老人者的居家牙醫醫療服務部分負擔，應依牙醫部分負擔計收，本組建議居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段的病人、出院準備及追蹤管理費申報之病人，仍應依健保法第 43 條居家照護之規定計收，處方用藥是依照藥品門診部分負擔計收。

建議本項修定為保險對象應自行負擔的醫療費用，應依健保法第 43 條規定計收，下列情形除外，若屬第 43 條第 4 項所訂之醫療資源缺乏地區，依健保法施行細則第 60 條規定，保險對象應自行負擔之費用，得予減免百分之二十。本計畫(二)收案對象第 3 點，特定身心障礙者或失能老人之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

主席

可以嗎？

簡志成代表

原則上沒有意見，只是如果可以希望可以減輕病人負擔。同意。

主席

那就依法辦理。接下來第 4 案。

主席

本署意見醫管組已經說明，細節可以看對照表，全聯會有沒有意見？

沈茂棻代表

我們有變更服務的醫院，原來的計畫醫院不易執行，所以我們與嘉義市陽明醫院洽談合作，雲林則還是由台大雲林分院做。

主席

陽明醫院在市區嗎？有急診嗎？

沈茂棻代表

對，在市區也有急診，在適應症的部分，我們希望按照全聯會的意見，我們希望這些醫師出來做急診時，希望能考慮病人真正的需求，就如同全聯會所列的病人常見問題，希望能解決大部分有這些需求的患者，開診才有意義。

主席

目前牙齒很痛去急診的，西醫會先給止痛，有時是半夜，也不會請牙醫師出來，請牙醫師看診的代價是高的，但急診西醫師也在(值班)，那改成由牙醫師處理，會做什麼處置？

沈茂棻代表

我們不會只開止痛藥，我們會做作處置。

主席

以後遇到牙痛這些問題的病人，都要請牙醫師從家裡來看診的意思嗎？是否可以由急診室醫師先開藥，隔天再請病人看牙科門診。

沈茂棻代表

牙科急診應該是由牙醫師定義，不是由急診室醫師來說，現在若各科病人有牙科問題，通常由各科先處理該科問題後才會診牙科，我們希望把這些病人拉回來處理。而不是由急診室醫師開藥就好。

主席

嘉義跟雲林有急診室的不只這兩家，很多人到附近的急診室處理，拿止痛藥，隔天就去看牙醫師，這種燃眉之急，那現在這個計畫是，只要有牙醫急診我都可以把牙醫師從家裡 call 出來。有多少牙醫師願意晚上被 call 出來只處理牙痛的問題。是我們真正想要的，且未來可以推廣？半夜出來一定要多一點支付，你們覺得牙醫的急診被低估，但那是醫院總額在吸收，不是牙醫總額吸收。因為沒有牙醫師，也是有緊急處理，但是緊急處理費用是反應在醫院總額。

許世明代表

急診的部分我們在方案裡面講得很清楚，討論 4-5 的部分急診適應症包含：顏面及牙齒疼痛經藥物控制不佳、與急性齒髓炎。我們有特別強調藥物控制不佳，牙科最常見急性齒髓炎吃藥一定無法止痛的，但若是牙醫願意出來打個麻藥或根管緊急處理，馬上就可以止痛。口腔出血有外科醫師幫忙，如果需要縫合的話，還是要有牙醫設備會比較好，那下關節脫臼也許西醫部分可以做處理，蜂窩組織炎急性期西醫不能做引流，剛好有牙醫師做引流的話，對病人症狀緩解有立即改善，現階段有很多地方沒有開設牙醫急診，病人只能拿藥吃。

主席

所以 4-5 頁的定義比較清楚，那目的的地方寫的比較簡單，牙齒疼痛與外傷。我們看的是第 7 點而不是一般牙痛，比較可以接受。

醫務管理組 張作貞科長

適應症上面同意兩個(外傷導致之牙齒斷裂、脫落或脫位)，是因為 109 年牙醫門診總額一般服務預算已經新增醫院夜間急診加成服務的支付標準項目，而且是由各層級牙醫師提供夜間服務(晚上 9 點到凌晨 9 點)，有關口腔、額面外科處置費加成 50%，我們認為應該要加以區隔，假設是這個計畫建議不要重疊，所以適應症才列這兩個。

主席

支付標準加成，以後牙醫都不願意值班，因為你都從診所 call 牙醫師進來，醫院牙醫師也很少，排班很辛苦。

沈茂棻代表

我覺得當初在規劃的時候考量到醫院 loading 造成醫院醫師不願意來，所以才考量由牙醫師公會來組成開業醫，協助願意試辦的醫院，不增加住院醫師的負擔。這個試辦計畫對於醫療不足的地方，希望醫師出來協助，若是效果不錯，我們在一年之後評估。我們的想法沒有錯，挖醫師出來不容易，但一直把壓力放在大醫院，大醫院的醫師的確很難請，這是我們當初的緣由。醫院在斗六算不缺，但是整個雲林縣來看還是缺，有人會問說為什麼不選在更偏遠的地方，更偏遠代表交通不方便，我本來有想到北港，只有在斗六有 78 號線比較快，不然就是在虎尾，但是台大的主力都是在斗六，我們有很多考慮。那嘉義也是考慮醫院是否要配合，當初他們提 390 萬無法負擔，所以嘉義市牙醫師公會，還會再去找一家願意醫院服務，台大說會配合我們這個計畫，算一算台大是要犧牲很大的。我們也願意促成計畫，給一個點叫一些醫師出來做，滿足民眾的服務。

主席

現在有這個預算計畫一定要往下走，如果選了 2 家台大雲林跟嘉義陽明醫院，

我們也支持，就去試辦，剛剛去釐清適應症討 4-5 的部分，比較合理，那剛才作貞科長講說，現在支付標準表就有急診夜間加成，醫院牙醫師提供服務 50% 加成，要如何區隔現有規則。

沈茂棻代表

院內的醫師拿不到急診的加成。

醫務管理組 李純馥組長

你們是拿回去自己的診所報。

許世明代表

這部分我說明一下，目前有再提供夜間牙科急診，大部分是因為醫院設置標準或是評鑑裡面一定要提供牙科急診，我們計畫針對那個縣市沒有醫院願意提供牙科急診才能適用。

主席

所以台大雲林跟嘉義陽明醫院是牙科醫師不值班？我覺得陽明醫院說不定沒有牙醫，他連牙科診療名都沒有，是骨科醫院。那台大雲林有牙科嗎？

許世明代表

有。

王棟源代表

以前晚上有急診值班，只是現在已經沒有了。

主席

如果是這樣這幾家晚上沒有牙醫師，就不會用到原來的支付標準，就直接用外加的計畫。

許世明代表

不是這樣子，這兩家醫院加入計畫，論量部分還是比照急診夜間加成。

主席

所以要兩邊付？

許世明代表

論量的部分才要。

主席

論量是誰申報。

醫務管理組 張作貞科長

4-9 頁支付原則醫療費用由急診試辦中心所在醫院申報，換言之就是台大雲林分院，那家醫院申報醫療費用。論次部分由醫療團成員帶回原來院所申報。

主席

所以我們就多付論次。

醫務管理組 張作貞科長

但因為這是專款如果不夠要浮動。

主席

醫院如果申報是報牙科支付標準嗎?那像陽明醫院沒有牙科，可以申報牙科的支付標準嗎?。

醫務管理組 張作貞科長

要設診療科別。

主席

論量沒有設牙科就不能申報。

簡志成代表

等於像醫療團，論量帶回去報。

醫務管理組 李純馥組長

你們都拿回去報，他們還有意願和您們合作嗎? 而且他還需要空間、掛號、牙科診療檯等。

許世明代表

嘉義市牙醫師公會去跟他們談，讓他們同意。

主席

那也還沒搞清楚到底可不可以。

許世明代表

那是他們初步的協調，如果說這個方案通過以後，就有更具體的東西跟醫院談，草案醫院也有看過，不管是牙醫師還是醫院部門，大家對這個計畫不會非常熱衷，就是以服務為目的作為出發點，我們全聯會理事長推這個方案，我們就努力的來做做看，如果做成的話。對當地的民眾應該是有所助益。一年以後比較有具體的東西做討論。

醫務管理組 李純馥組長

因為他沒有設置的話，衛生局那邊的設置標準，支援要有設置才可以，要不要陽明醫院先保留，先開台大雲林比較確定。

王棟源代表

他們(嘉義陽明)同意去增設治療椅。

主席

這個計畫會寫試辦院所嗎？。

醫務管理組 張作貞科長

不會。

主席

那從討 4-3 頁開始，目的不要寫牙齒疼痛，具體一點寫，我們的修正條文寫因外傷導致，你們覺得太狹隘，可否再明確一點，會後再處理。實施時間到明年年底，預期評估指標移到後面，加一個急診；預算來源有意見嗎？

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

因為這是論次的錢，還要用前一季的浮動點值來計算，後面暫付金額最高每點 1 元。

主席

我們論次 1 點 1 元支付，不足再浮動。這樣做的話醫院端可以申報的話會申報到牙醫總額一般服務，預算按季均分及結算，原則上 1 點 1 元，預算不足就浮動。

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

就跟一般的寫法一樣，按季均分，以每點一元暫付，如果不夠就浮動點值，有剩的話就移到下一季，然後全年再結算。

許世明代表

不足的部分還是維持 1 點 1 元，最後由一般預算撥補。

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

所以按季要用一般預算來撥補。

主席

每一季都撥補嗎？

許世明代表

第 4 季再撥補。

醫務管理組 劉林義專門委員

剛才討論第 1 案的時候有講說，移撥款的剩餘款就可以放到這裡。

主席

就用這個精神。暫定試辦地區嘉義市跟雲林縣，然後執行方式夜間 9 點到隔日早上 9 點，按照你們的適應症，服務醫師跟地點請作貞科長說明。

醫務管理組 張作貞科長

申請條件按照醫師機構跟醫師要無違規申請方式用醫療團，雲林縣跟嘉義市

牙醫公會組成，要由有急診部門的醫院做為試辦中心，牙醫師全聯會協助支援牙醫師夜間急診服務。申請程序第 4 點增加醫事人員執行本計畫服務前要跟衛生主管機關報備。

主席

來得及報備嗎？

許世明代表

他可以先排班。

主席

排班不一定會去，要有個案才會去。那你們還是要把報備程序弄好。接下來第八項。

醫務管理組 張作貞科長

第八項醫療費用支付原則，由急診所在醫院進行申報，由一般服務預算支應，論次部分由保險醫事服務機構進行申報，3 小時為一個診次，夜間門診晚上 9 點-凌晨 9 點，下面有特別說本計畫專款支應，支付點數包含車馬費及各種分擔費用，每點金額以一點暫付。下面就是按照如果夜間平日 4,500 點，假日 5,400 點。

沈茂棻代表

點數太少。

主席

點數是如何計算？

醫務管理組 張作貞科長

比照牙醫醫療資源不足巡迴計畫 1 級地區支付。

連新傑代表

白天出來的跟夜間出來怎麼可能用一樣的方式。當初協商的時候也是用 1 萬點付費者代表也是同意阿，我們是跟他們講他們才願意做，不然這樣的金額，大概都沒有人願意做。

林敏華代表

我回想一下，當初全聯會提到協商會議，可能要請健保會查一下資料。

主席

健保會會上沒有談單價，並不是說這樣就是同意，因為很多東西都是提一提然後再回到總額研商會議研議，但如果你們覺得支付點數太低，你們要再做加成嗎？夜間加成支付標準是 50%，加進去大約 6,000-7,000 點。

沈茂棻代表

這個為什麼來的時候每個醫師都說堅持原來全聯會版本，我們年紀也都大了，如果那天晚上看診，基本上隔天就沒有辦法看診。也就是我從晚上 9 點到第 2 天晚上 9 點，第二天早上門診就整個都收掉了，不可能再看。也就是為什麼我們熬夜來 stand by 或是怎麼樣所消耗的體力跟精神跟一般 Routine 不一樣，希望可以維持高一點支付，晚上在那裏預備，即使加成可能也沒有醫師要做，他寧可白天多看幾個，也不要晚上出來，排班那天如果沒有病人，他就一毛也賺不到，但是隔天早上門診還是要收掉阿！

許世明代表

本會原規劃醫師自家裡至醫院不管看幾個病人都是一次論次費用，若回家清晨再過來才有第二次論次費用，因為我們完全不曉得下一個病人何時來，醫師不須要待在醫院等下一個病人，一個晚上費很難算，所以規劃金額比較高，我們現在是摸著石頭過河，很多狀況並非我們目前可以設想得到。

醫務管理組 李純馥組長

健保會協定預算只有 780 萬，一家醫院為 390 萬，現行規劃為三個小時一次，計須四診次，全年 365 天約須 1,460 萬元。

許世明代表

本會規劃時有參考牙科急診的經驗(如:奇美或台北一些院所)，發生頻率並非每三個小時都有病患，尤其是偏鄉發生機率會更小一點，且一般服務預算也會再撥補這一塊。

主席

如果有病人，但醫師不出來值班可以嗎？外部醫師去醫院使用器械，醫院沒有意見？也可能用到西醫設備(如:X光)？

沈茂棻代表

我們雲林縣目前歸劃有後補第二線的醫師。

邱昶達代表

感謝付費者代表們給我們牙醫總額這筆預算，且沈主委立意良好，但是執行細節上仍有考量空間。我個人是支持本項服務民眾的作法，但執行面上可能的問題，第一為借助醫院場地若發生醫糾之責任歸屬、第二為申報問題、第三為醫院開藥問題、第四為使用醫院耗材之歸屬問題、第五為對診所牙醫支付為醫院值班醫師金額之好多倍，醫院醫師之想法…，還有牙科助理夜間值勤勞基法的問題，且診所助理如何適應醫院的設備等等。我支持為民眾牙科急診服務，但有太多細節須要進一步釐清。

沈茂棻代表

我們目前已約台大雲林醫院陳醫師討論，該院是完全支持公會的，我們規劃是全數使用該院設備，如果醫師有用到該院牙科助理亦會予以貼補。本會亦

辦理行前講習，讓醫師及牙科助理熟悉場地、器械、設備…。另我們有自己的牙科 X 光代碼，不會用到西醫。

主席

陽明醫院執業科別無牙科者，全聯會要如何處理？

沈茂荼代表

目前我們與醫院連繫，目前較在意適應症、在支付點數還未定案下僅能以全聯會規劃之支付點數來談，其餘部分他們會自行與醫院洽談；公會與醫院洽談則是另外一部分，將另行開會討論。因此我們希望研商會議儘早確定後，也才能和醫院進一步討論合作細節，也因為台大雲林完全支持我們，所以邱醫師剛剛講的醫糾問題也會有所釐清。據我瞭解，雲林多數醫師都願出來，晚上出來才有支付，並不是四個診次就有四萬點，另外我們也安排二線醫師來支援臨時有事的值班醫師。我們希望本計畫能付諸執行，所以我們花了很多時間與醫師或醫院談，更重要是本次研商會議能通過，這樣子問題就解決一半。

主席

目前只有 750 萬，全年 365 天，若含假日，平均二天一位病人，若超過預算就不夠了。

許世明代表

我們規劃之初即有想到各位代表現在提的意見，最早宜蘭是要做為試辦點，但在溝通過程中認為太難做，所以退出。在支付點數拆帳及設備部分，不管是 10,000 點或 12,000 點並不是全部歸於執行醫師，未來可能以私下拆帳或移撥方式付給醫院，費用真的不多且為一個試辦計畫，如果不足可以由一般服務撥補，建議採本會之規劃以二個點試辦一年後再檢討，受益者還是有利用到該項照護之民眾。

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

全聯會規劃以診次做計算，三個小時為一個診次，一個晚上有四個診次；一般人如果以放大鏡來看好像不太合理且 OVER，建議於支付點數上可再予考慮。

王棟源代表

晚上要出來看急診的牙醫師我們真的要謝謝他們，本案為試辦計畫請讓我們做做看，剛剛主委也表達推動後是民眾得利呀！

邱建強代表

請問是醫師到後算三個小時？如果是早上 6 點-9 點，醫師 7 點去要如何計算？

簡志成代表

西醫居整是以 1 趟有看病人就算。

主席

全聯會現在僅考慮牙醫師，方才邱醫師也提到，醫院有同樣照護該個案之其他醫師，支付金額差異過大又做何感想？屆時醫院也會有反彈的聲音！本方案要和醫院合作，用醫院配合的人力、設備，建議全聯會也要評估醫院反彈的可能性，酌予調整支付點數間之差異。

簡志成代表

未來申報由牙醫師申報，再與醫院拆帳。

主席

這筆錢還是會曝光，醫院不可能不知道。

沈茂棻代表

這部分沒什麼好隱藏，我是直接問台大雲林要從那裡切割，不論是要切割或如何做，最重要是本案要有結論啦，我們才能和醫院討論細部，現在牙醫師排班我們自己就可以解決，支付點數則以醫師出來的成本予以考量，至於用醫院人力及設備如何拆帳(如：牙科助理)，我們要等方案結論才會細談。

主席

因為接下來還很多案子，本案支付點數暫先保留，我們雙方再研究。

王棟源代表

本案點數一定要解決，否則推動不下去，陽明及台大雲林都在等本案支付點數才能繼續討論。

主席

偏鄉代診目前支付點數？

王棟源代表

本案與主席問的是不同的，本案包括牙助及分配款，一萬元牙醫師頂多四、五千元而已。

醫務管理組 李純馥組長

現在的問題在於不同總額間，對同一病人支付點數差異太大，方才邱醫師也提到醫院急診同時間也有不同科醫師來，會影響該院其他醫師的感想。牙醫總額協商前，已提供本署意見供全聯會參考，而且全國有相同需求不止於全聯會規劃的2家醫院，未來對於未試辦醫院之相同需求要如何處理或說明？本案對於值班牙醫支付點數與醫院支付並不衡平，會對已有牙醫師值班的醫院造成不利影響。

許世明代表

因為牙科本來不同，如同偏鄉與都會區的需求也不同呀！

醫務管理組 李純馥組長

嘉義市應該不屬於偏鄉。

許世明代表

嘉義市目前沒有醫學中心提供夜間急診，醫院提供夜間急診之地區就列入本案考慮。說實在的，急診的責任是在政府，之前部立新竹醫院曾經提供不到一個月，醫師離職潮就都走光了，後來就只能停止。醫學中心及區域醫院是否於設置標準中規定設立牙科急診。

醫務管理組 李純馥組長

以現在規劃的模式，我擔心醫院以後更不要設牙科急診，只要出去開業再回院內支援，比其待在醫院急診值班支付還要好？

許世明代表

本案在規劃近一年的時間，有徵求各縣市參與意願，最先表達是宜蘭但也退出，我們也問過新竹，本方案不是很好賺，真得沒有人想來。這是一個試辦計畫，好不容易爭取到經費，是否先讓我們執行一年後再檢討？以雲林為例，有 30 個醫師，一年約有一個月時間不能跑，那裡都不能去，即便沒有病人也要在家裡等，真的很不容易。

主席

先進入議程 4-10，部分負擔仍須回歸母法規定，不能有所不同。

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

本項名稱是申報及審查，部分負擔屬於民眾端，因為母法內規範門診、急診、住院，為了讓民眾簡單清楚瞭解，建議簡化為依據急診部分負擔規定收取。

主席

簡單寫就好。

連新傑代表

診斷碼部分要按剛剛討 4-5 修正的部分辦理。

主席

診斷碼併同修正。

醫務管理組 張作貞科長

討 4-13，執行報告及評核報告，比照醫不足的部分在年度結束 10 日內檢送執行報告，如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。再來是提評核報告，試辦第一年請蒐集以下指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前 1 年改善：分為自評指標(包括申報案件數、申報點數、就醫人數、平均每就醫人費用點數、平均每件費用點數)及評估指標(再急診率)。

徐邦賢代表

請問再急診率之操作型定義？

主席

再急診率應該是三日內，請業務單位提供操作型定義予全聯會參考。

衛生福利部社會保險司 梁淑政組長

方案內容之第十點(原方案第九點)及十一點建議互相調換，另本方案之名稱建議與健保會協定專款預算之名稱一致，避免與一般服務之夜間加成有所混淆。

主席

本項請業務單位配合修正。

沈茂棻代表

本案支付點數是否要繼續討論。

主席

因為接續還有提案待討論，本案支付點數暫保留，雙方都再研究一下。

沈茂棻代表

何時才能確定？

許世明代表

主席講的我同意，但支付點數何時要再討論或以何種型式討論？因為本項不定案，我們與醫院間的合作也討論不下去。

主席

讓我們同仁再研究一下，本會結束前再跟大家宣布。接下來進入第五案。

討論事項第五案 修訂「109年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

醫務管理組 李佩純科員

請大家直接參閱對照表有修改處，年度修改以外，預算來源同意全聯會由一般服務部門移撥2億元支應巡迴計畫核實申報費用；接下來是配合牙周統合照護計畫108年已導入支付標準，故刪除該計畫相關文字；再來是討5-30對於成立滿兩年社區醫療站巡迴點的修訂；原本規定連續3個月平均每診就醫人次低於3人者有些監控措施，全聯會建議放寬山地離島地區不受限，本署建議維持，考量105年才加上監控指標，108年增加巡迴點並以醫師別執行，這邊希望分區跟醫療團持續協助醫療品質，另針對每診時間低於3小時者加註文字，統一計算方式方便分區業務組執行。

黃福傳代表

台灣目前有 82 個無牙醫鄉，其中 16 個有醫療站，這些無牙醫鄉民眾一樣繳健保費，應該提供差不多的牙科服務；健保署提到單一診次 1-2 小時，其實加上通勤時間差不多一整天，實務上跟行政上認定不可能完全一致。

醫務管理組 李佩純科員

補充報告一下：要到偏遠地區交通時間很長，計算上之前都是以每診 3 小時認定，計算時可能會出問題所以這邊統一規定；如果醫師到了偏遠醫療站後提供早午晚 9 小時以上的牙醫服務，計算上當然是以提供 3 診次計算。

林鎰麟代表

想補充基層牙醫的聲音：花蓮縣 4 個醫療站，100 年開始成立，前 3 個都在山地離島地區；實務上我們已經很努力把人次提高了，個人不太了解要求人次跟醫療服務品質有什麼關聯性；100 年成立時目標是不要 0 人次，不知道什麼時候開始變成這樣；蘇院長有提到要到偏鄉要有熱情，政府方是要想辦法維持這股熱情；剛開始花蓮醫療站進去的醫師是要用抽籤的，在健保開始之前就有巡迴醫療了；就算現在有超過一半的巡迴點經過募捐已經有治療椅了，那些沒有治療椅的巡迴點醫師還是要背著治療椅上去；10 年以後這些醫師的熱誠熄滅後都不會再去，想管也管不到了；醫療站成立時對原來提供巡迴醫療的醫師來說是一種鼓勵，多人經營醫療站的宗旨也是希望多人服務共同分擔診次，專長互補以外也可以分擔單一醫師駐點的壓力；我們甚至因為巡迴點是山地鄉請了會講母語的人來幫忙，現在規定越來越多，當初要求醫師時都沒有提到，109 年方案如果這樣規定下去絕對不會有人想來抽籤，醫療站補新人時現在還要理事長去溝通拜託，訂下來之後每個醫師只有嘆氣的份，100 年來參加的初衷真的是覺得可以服務政府與民眾，現在加上每診服務人次的規定，真的會質疑這跟醫療品質有什麼關係；我可能連續 2 個月都 0 人，第 3 個月來 3 人，照辦法來說就是要提報告，但是一個月如果只去 2 次或是 1 天，這樣要提什麼報告？我覺得管理辦法除了要求數字外也要有點人性，去服務的都是年紀相對大的醫師，也不缺錢，單純只想多服務民眾而已，署方覺得那位醫師如果不 OK 直接給一個公文叫他不要去，這樣就好了，需要訂在規定上嗎？

主席

我想同仁不是這個意思；我們真的明白醫師很辛苦，也相對給予比較高的支付點數，如果有提供這樣的服務卻沒有病人知道沒人來就診，這樣也很可惜。山地鄉也有居民，一個醫療站連續 3 個月每診都看不到 3 個人，這也是一個問題。

林鎰麟代表

不可能會到 1 個人都沒看。請問界定每診至少 3 個人是怎麼來的？我們算下來就是卡在 2 點多人；真心覺得山地離島應該把這些限制拿掉，花蓮 3 個山地鄉的醫療站真的達不到，平地的醫療站設在瑞穗，一診隨便都可以到 10 個以上，

1 天可以到 20 多人沒有問題。

主席

好不容易千里跋涉到了醫療站，希望有需求的人可以得到滿足；如果當地民眾不知道牙醫師來了，希望可以讓大家更知道確切時間地點；這邊也寫明了連續 3 個月，既然大家都投入這麼多成本，總希望有需求的人可以被滿足，同仁也很肯定牙醫師的熱忱跟付出。

簡志成代表

那要問當地民眾，而不是歸責牙醫師。

林鎰麟代表

山地離島會碰到一樣的問題：很難得去一次，當地民眾就醫習慣也不一樣，可能痛到受不了才來找牙醫，平常根本不會來。

主席

希望他們牙痛的時候不會沒有牙醫師。

簡志成代表

所以希望對山地離島管控可以比平地再放寬一點，講直接點平地醫療站不用設規定也輕鬆達標，山地醫療站要跟里長設 line 群組，拜託里長廣播，什麼都做了之後，來的病人還是沒那麼多。這個權限真的不在牙醫師，難道要在路上拉人進來嗎？就算有需求農忙時一樣不會來，忙著採水果什麼的，平地醫療站還是可以訂每診最小人次，希望山地離島可以放寬。

主席

請問行政科我們過去的執行結果，有統計數據嗎？

醫務管理組 張作貞科長

每診至少服務 3 人次是比照執業計畫規定，如果排掉山地離島的話，山地離島二、三級 362 個點約占執行區域 40%，如果山地離島鄉排除不算，剩下要監控的是一級區域共 89 區 455 點；我覺得山地離島占比不算小。

簡志成代表

占比不小沒錯，這些是民眾就醫需求、習性跟困難度的問題，山地鄉跟平地地區完全不一樣。

林鎰麟代表

文字修成未滿 3 人變成至少滿 2 人可以嗎？

主席

原條文是未滿 3 人嗎？現在健保署提出版本也是低於 3 人。

簡志成代表

以前是 2 人。

主席

現在低於 3 人，跟 108 年一樣，這已經從 108 年就是這樣了？

簡志成代表

不，107 年不是這樣。

醫務管理組 李佩純科員

補充一下：這部分監控是 105 年開始參考執業計畫條文，針對成立滿 2 年社區醫療站，以院所為單位來做監控，當時的規定是 2 人；108 年開始除社區醫療站以外，巡迴點也要開始監控，院所為單位變更為由醫師為單位，數字也變為 3 人；105 年開始參考執業計畫院所按月監控，若每月平均每診就醫人次不到 3 人，會核減 1 次論次費用，當時考量醫療團巡迴醫師交通不便，已經特別考量不用核減費用處理，以提相關改善計畫或說明來替代。

簡志成代表

還是建議山地離島跟平地醫療站可以分開處理。

陳雅光代表

高屏有設在山地離島也有平地的醫療站，這時候如果要到七美飛機可能今天才知道不飛，不一定能照時間去，去了也不一定回得來。以相對人數來說，真的太多不可控因素。

主席

那全聯會的建議是？

陳雅光代表

建議山地離島醫療站標準降為每診 2 人次，七美巡迴點也被檢討了。

主席

業務單位這樣可以嗎？

醫務管理組 李佩純科員

跟代表確認：如果分開考量的話，可能會修正為一級地區(平地)維持 3 人，第二到第四級地區修正為 2 人，這樣可以嗎？

主席

分區業務組同仁有意見嗎？沒有的話就這樣修正。請接下一段。

醫務管理組 李佩純科員

請看頁次討 5-33 巡迴計畫品質獎勵費用段。針對 9/27 公告修訂感控 SOP 要增加牙科巡迴、特殊醫療跟矯正機關 SOP，巡迴計畫品質獎勵費用條文就增列

巡迴醫師看診須符合巡迴感控 SOP 這一段。

主席

好。有反對意見嗎?無意見就同意增列。

醫務管理組 李佩純科員

接下來討 5-33 頁，品質獎勵費用目前屬試辦性質，108 年條文中有寫評估繼續試辦指標，巡迴點部分經過計算，評估指標設立固定治療椅部分，巡迴點數與比率都下降，屬未達成狀態;另外 108 年度服務天數與人次要大於 106 年部份、108 年服務人數要大於 107 年部分就有達到;因為設立固定治療椅指標未達到，建議 109 年巡迴點品質獎勵費用應該要取消。

黃福傳代表

固定治療椅部分全聯會統計到 11 月 25 日，828 個巡迴點 377 個有固定式治療椅，其中包括 277 個是在學校或衛生所中，41 個點在醫療巡迴車上，59 個是貨車運上去的。

主席

請問比例是多少?有達到嗎?

黃福傳代表

目前比率是 51.4%。

簡志成代表

現在統計到 11 月底，還是有些地方會陸續增加，比率跟目標的 52% 差沒有很多，主要會減少是阿里山的巡迴點那邊車不載上去了，如果數字統計到 12 月底更新，還是有機會達到目標值 52%。

主席

好，我們時間到再確認。

醫務管理組 李佩純科員

接下來討 5-35 社區醫療站品質獎勵費用段。評估是否續辦指標中所有醫療站都要設置固定診療椅及 X 光機部份目前有達到，服務天數與人次大於等於 106 年部份也都有增加，但是服務人數要大於 107 年部份呈微幅下降，評估指標社區醫療站完成 12 件根管治療醫師大於 27 人部份，1-9 月數據已達成，整體下來只有 1 項指標未達成，健保署建議先取消這項獎勵費用。

主席

我們一樣觀察到年底再確認。

簡志成代表

天數部份有個附帶條件是天災或不可抗力因素可另外考量，107 全年因天災不

上班上課有 20 天，108 年到 10 月就已經 20 天了，後面就醫天數應該會比較好。

主席

這邊就先記錄下來，接下一段。

醫務管理組 李佩純科員

請看討 5-39、5-41、5-43 頁獎勵費用這一段，修改年度跟作業月份時間點及配合牙周病計畫導入刪除相關文字，5-46 就寫清楚申報案件分類 19，同時配合巡迴感控把文字加上。

討 5-52，執業計畫施行地區，金門縣金寧鄉、元長鄉已有牙醫診所開業，爰刪除該鄉鎮。

主席

好。有反對意見嗎？無意見就同意。

醫務管理組 李佩純科員

討 5-52，巡迴計畫施行地區全聯會提出新增台南市楠西區，他們裡面其實是有一家牙醫診所，楠西區是離台南玉井最近，玉井有 2 家牙醫診所，以距離計算的話，楠西區的區公所是楠西區人口最多的地方，那邊離玉井那 2 家牙醫診所其實車程只有 10 分鐘而已，所以我們建議這個部分不要納入巡迴計畫的施行地區。

徐邦賢代表

不好意思，剛好來自台南，楠西這邊之前是台南縣的理事長，所以大概知道楠西這邊的狀況，第一個楠西唯一的 1 家牙醫診所的牙醫師，雖然很配合公會所推行的一些公衛系統的一些服務，但是本身牙醫診所的服務時間是比較短的，因為她是個女醫師，而且當初會到那邊開業是因為她兒子要唸那邊的森林小學，所以時間並沒有想像中那麼長，而且第二個楠西路況還有整個到達那邊的時間上的確不亞於其他鄉鎮三級的時間，如果有在計畫裡面塗氟的服務的原住民地區以及離島相對偏遠地區台南有 4 個偏遠鄉鎮，楠西到目前為止還是屬於在這個計畫裡面，也就是說在其他計畫裡面把楠西列為偏遠的地方，即使是玉井旁邊的診所裡面，玉井的 2 位醫師包括楠西的醫師，3 個診所裡面醫師的平均年齡已經到達 63.25 歲，所以他們的門診時間實在是堪憂，所以我們才會建議是不是能把楠西讓巡迴服務能夠進入，能夠確實解決這邊民眾牙科的需求，以上。

醫務管理組 李純馥組長

請問南區業務組同仁的意見。

南區業務組 郭碧雲科長

楠西確實是比較偏僻，剛剛南區前主委有提到開業醫的生態，楠西開業醫是

一位女醫師，偏鄉地區老人居多，有醫療需求，台南市衛生局有一台牙科巡迴車，跟台南市醫療團是充分密切的合作，建議將它納為一個可以去巡迴的地區，未來可以跟台南市衛生局結合，醫療團排診巡迴醫師，對偏僻地區民眾是有好處，牙科治療就醫的方便性。最近去參訪偏遠地區的牙科巡迴，巡迴車到那邊可能申報的門診人次不多，老人有一些假牙的問題，因為巡迴車來了，老人上去做一些處理，醫師不會申報這個費用，所以在申報資料看不到他的服務量，可是就當地民眾確實是有很多老人家受益。

醫務管理組 李純馥組長

這個我們就尊重，還是讓他列進來，不過剛剛我們副組長有趕快去看他的看診時段，其實沒有你講的那麼少，差不多有 10 幾診。

沈茂棻代表

我想講一下，看診時間跟看診的量有差，我可以看很多診，但是我每一診只看 2 個，我為什麼這麼現實，因為雲林縣二崙鄉就出現這個現象，那個醫師只大我幾歲，結果他現在要退休，我說你能不能不要退休，你退休馬上變成無牙醫，他說小孩子都大了，我說你減診啊，我現在一個禮拜看 4 診，你叫我怎麼減，所以我是覺得對於偏鄉的醫師他可能會開，但是問題不一定像我們想像，你不能用數字上這樣來看。

醫務管理組 李佩純科員

是，那這個部分就是署同意新增台南市楠西區為巡迴計畫施行地區，那我跟委員跟各位代表確認一下，因為楠西區不是山地離島，這邊地區級數應該是 1 級，接下來是討 5-54 頁的部分，全聯會這邊建議新增嘉義縣中埔鄉沱水村、同仁村、石礮村這 3 個村為巡迴計畫施行地區，健保署這邊的意見基本上也是不建議新增進來，不建議的原因是因為中埔鄉目前已經有 3 家的牙醫診所，這 3 個村的村里活動中心距離這 3 間的牙醫診所車程大概 10-20 分鐘而已，所以我們覺得就醫可近性還算是蠻高的，所以不建議納入。

簡志成代表

會建議是說有些弱勢的家裡都在務農或外配，根本不會有時間帶你出來看，這需要去學校看，務農平常就不會帶小朋友出來，你又不進去看，小朋友就是沒人看，而且是學校主動要求的，學校有這需求出來，想辦法找醫生去。

沈茂棻代表

大家一直在講車程，好像這樣講了就沒事了，有車子他不一定會出來，會再來看，我是知道石礮這個地方，我去那邊有時候還會迷路，我是覺得這地區之所以會提出來，就是他面臨這個困難，我希望不要單純用車程，這是我們經過評估的。

簡志成代表

家屬能否帶出，有些是隔代根本全部帶不出來。

主席

這裡有診所嗎？

簡志成代表

5-54 頁嘉義中埔鄉 3 個村，問題在於家屬都是在務農，或隔代根本不會帶出來，而且是學校要求希望我們過去幫忙看。

主席

那 3 個就留下來。

醫務管理組 李佩純科員

一樣是一級地區。

醫務管理組 張作貞科長

我們一樣列為一級地區，因為他不是山地離島地區。

簡志成代表

OK。

醫務管理組 李佩純科員

接下來是倒數第二個的部分，討 5-56 的部分，全聯會這邊建議嘉義縣的阿里山鄉的來吉村、豐山村、香林村、達邦村、新美村、茶山村這 6 個村落提升為四級地區，因為方案裡面的四級地區有規定是以三級地區為基準去計算，要有額外 1 小時以上的車程，所以經過我們的查詢，如果以阿里山鄉公所為基準的話，其實只有豐山村、新美村、茶山村這 3 個村落，車程是超過 1 個小時的，所以健保署同意只有這 3 個村提升為四級。

主席

可以吧！可以，再來往下。

醫務管理組 李佩純科員

接下來是最後 5-57 的部分，高雄市桃源區的拉芙蘭里，牙全會也建議提升為四級地區，比照前面三級地區的規定，其實拉芙蘭里的車程離桃源區公所只有 33 分鐘的車程，所以我們也不建議提升為四級地區。

陳雅光代表

針對拉芙蘭里，現在因為你們計算的車程都是以平地為主，但是現在整個走河川地，上次委員會的人直接上去過，比照 40 幾公里的速度，也要 1 個小時 05 分，但是它的限速是 30，走河川地是限速 30，所以我們希望現在封路的過程他已經在南橫裡面，封路的最頂端的地方，是不是各位委員先考量一下，現在真的路沒有做好，所有上去的人都在走河川地，如果下雨天的話泥濘的程度是更糟糕的，所以用事實的速度都要跑 1 個小時，如果泥濘的話河川地

根本跑不快，大概 1 個小時 20 分左右，所以拜託各位委員先考慮，如果哪一天南橫通了，要再修正回來我們沒有意見，南橫要全通了那條道路是 OK 的，以上的拜託。

主席

可以嗎？作貞科長這邊可以嗎？

醫務管理組 張作貞科長

我覺得這樣跟阿里山鄉，基本上基準是一樣的，我們計算的基準都是一樣的。

沈茂棻代表

我想問一下，你是真的在那裡開車還是我 google map。

醫務管理組 李佩純科員

因為每個人開車的技術不太一樣，所以 google map 的時間至少是一個標準。

主席

在爭執什麼？只是四級而已。

沈茂棻代表

我沒有爭執，只是了解說是如何設定出來的。

主席

有沒有想要怎麼樣呢？

陳雅光代表

所以還是真的建議現在真的在走河川地，google map 可能不是計算河川地，因為他確實橋斷了，橋斷了現在就是走河川地。

主席

好了，橋斷了 google 算不出來，好，那就這樣，我們這個案子就討論完了，因為往下還有 3 個案，其中又有一個感控，所以現在已經接近 6 點了，大家都太辛苦，我們就到這裡，那我們還會再加開一次臨時會，是 25 號上午 9 點，好嗎？包括剛剛的急診的費用。

沈茂棻代表

報告主席，急診能不能今天決定？

主席

反正 25 號還要開會，剛剛主委有說要提共擬會議，剛剛跟同仁確認很多都不用提共擬會議，只有支付標準修正要提共擬會議，所以不會影響到，好不好？好，謝謝大家，我們今天就開到這裡，謝謝。