

牙醫門診總額研商議事會議 108 年第 2 次臨時會議紀錄

時間：108 年 12 月 25 日 9 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) | 連代表新傑 | 連新傑 |
| 王代表棟源 | 王棟源 | 陳代表少卿 | 陳少卿 |
| 石代表家璧 | 黃立賢(代) | 陳代表亮光 | 陳亮光 |
| 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) |
| 季代表麟揚 | (請假) | 黃代表福傳 | 黃福傳 |
| 林代表敏華 | 林敏華 | 鄒代表繼群 | (請假) |
| 林代表順華 | 林順華 | 劉代表經文 | 劉經文 |
| 林代表靜梅 | (請假) | 鄭代表信忠 | 鄭信忠 |
| 林代表鎰麟 | 林鎰麟 | 黎代表達明 | 蔡尚節(代) |
| 邱代表建強 | 邱建強 | 謝代表義興 | (請假) |
| 邱代表昶達 | 邱昶達 | 簡代表志成 | 簡志成 |
| 徐代表邦賢 | 徐邦賢 | 藍代表鴻文 | 藍鴻文 |
| 翁代表德育 | 翁德育 | 羅代表界山 | 羅界山 |
| 許代表世明 | 許世明 | 蘇代表主榮 | (請假) |

列席單位及人員：

衛生福利部

(請假)

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

中華民國牙醫師公會全聯會

楊欲堂、賴重志、吳迪、
柯懿娟、邵格蘊、潘佩筠

中華民國藥師公會全聯會
中華民國醫院牙科協會
台灣醫院協會
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

洪鈺婷
(請假)
吳亞筑、顏正婷、曹祐豪
楊淑娟、吳逸芸、王婷瑜
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、邱婉婷
吳科屏、韓佩軒、劉林義、
王玲玲、洪于淇、張作貞、
劉立麗、林沁玫、李佩純、
劉勁梅、邵子川、鄭智仁、
賴昱廷

壹、主席致詞(略)

貳、臨時報告案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 108 年第 3 次臨時會，有關「修訂支付標準第三部牙醫」報告事項案。

決定：有關加強感染管制診察費支付標準修訂重點如下：

- 一、門診診察費拆分為「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、配合全面提升感染管制品質調升診察費 35 點，修正「符合加強感染管制之牙科門診診察費」(編號 00129C、00130C、00133C、00134C) 診察費名稱及刪除編號，併新增 00305C~00310C 共 6 項診察費。另新增符合牙醫門診加強感

染管制實施方案之 X 光初診診察費共 3 項、特定身心障礙者診察費共 4 項。

三、依據「牙醫門診加強感染管制實施方案」規定，初次申報加強感染管制診察費者須於申報月前 1 個月 20 日前完成報備，請本署各分區業務組提醒所轄院所於公告後依規定辦理。

參、討論事項

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：由於選定的 2 個縣市(雲林、嘉義)其執行方式未明確，請牙全會全盤考量後，於下次會議再次提案討論。

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：本方案「巡迴計畫(巡迴點及社區醫療站)」之品質獎勵項目，同意保留。

第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、申報符合加強感管診察費牙醫院所：

(一)調高訪查抽樣比例，由 4% 提升至 6-8%，並由本署會同牙全會前往訪視，惟外展單位仍維持 4%。

(二) 訪查不合格者：如不符合項目不涉及消毒部分，核扣當月診察費差額並輔導改善；如涉及消毒部分，則診察費差額全數刪除，並依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理，最長可追溯 2 年。

二、未申報符合加強感管診察費牙醫院所：請牙全會發揮自律精神，自行抽查輔導，必要時得請醫事司、心理及口腔健康司、疾病管制署或地方衛生局陪同或對上述院所加強督導，以保障民眾就醫品質與安全。

三、為保障外展單位牙醫服務品質，比照特約院所，訪查不合格者之規範及牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表(下稱考評表)送所轄分區業務組備查，並依醫師別提送考評表。

第七案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、計畫名稱由「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」修正為「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」。

二、經費由「一般服務」項下移撥 6,500 萬元支應，按季結算。

三、適用鄉鎮：戶籍人數小於 40,000，其醫師人口比低於 1：3,500 且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該分區醫師人口比低於 1:7,500 之鄉鎮，離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。

四、獎勵方式：屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在 50 萬點(含)以下之點數，加計 4%。

第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂 109 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、109 年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，原方案中關於無障礙部分予以刪除。
 - 二、專業獎勵指標核發基礎由 80% 下修為 70%，其中全口牙結石指標由 20% 下修為 10%。
 - 三、政策獎勵指標核發基礎由 20% 上修為 30%，其中牙周病統合照護品質由 5% 上修為 15%。該指標操作型定義修正如下：該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數達標件數由 6 件上修為 10 件(含)以上。
- 肆、散會：下午 12 時 10 分。**
- 伍、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 2 次臨時會議與會人員發言摘要

主席

今天是臨時會，上次還有 4 個提案(第 4、6、7、8 案)還沒有結束，等一下希望能夠先報告明天提案共擬會議的內容，就是上次我們在討論第 2 案(修訂支付標準案)時，對於加強感管的診察費這件事情花很多時間討論，希望大家再確認，避免明天共擬會議大家有不同的意見，不知道理事長、各位代表有沒有看到明天會議的資料，大家再次確認，因為這個是整體性的問題，這個報告案請玲玲科長說明。

臨時報告案 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 108 年第 3 次臨時會，有關「修訂支付標準第三部牙醫」報告事項案。

醫務管理組 王玲玲科長

有關明天共同擬訂會議修訂支付標準第三部及牙醫總額特殊醫療服務計畫報告案，主要是依據上一次的總額研商議事會議的結果，我們這裡先針對感染管制品質的這一段做說明。這一段其實我們上次有討論過，原來的門診診察費我們保留著，另外增加一組感染管制相關的診察費，主要是為了要區隔今年新增的加強感染管制作業流程跟現有的感染管制的方案，所以我們現在除了把原本符合加強感染管制牙科門診診察費那 4 項做了點數調整以外，也把支付標準代碼更換，另外也把名稱做一個修正。所以大家可以看到報 1-9 頁，這個就是這一次我們把門診診察費分成 2 個章節，第 1 節為一般的牙科門診診察費，我們沒有做任何的更改，只增加了一個通則，就是說如果申報一般牙醫門診診察費章節的各項門診診察費，就不可以同時申報第 2 節符合加強感染管制的牙科的門診診察費，這是通則的部分，另外在環口全景 X 光等項目，除了增加符合加強感染管制的新的診察費代碼，也增列不得併報的說明，這個是第 1 節的部分。

第 2 節就從報 1-9 頁開始，整個名稱就叫做符合牙醫門診加強感染管制實施方案的牙科門診診察費，通則有 3 個部分，第 1 個部分就是說如果申報本節各項的門診診察費就不得申報第 1 節一般門診診察費，除了 00304C 轉診的支付標準外，第 2 個就是說牙醫特約醫事服務機構必須依照牙醫門診加強感染管制實施方案才能申報本節的各項目，第 3 點就是說頭一次申報本節各項目，要附上牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表做為核備，底下我們看一下診療項目，唯一修定比較多的是在我們原來的加強感染管制牙醫門診診察費這一段，為了避免院所認為只要符合過去的標準就可以報現行增訂之符合加強感染管制的診察費，所以這次把支付標準碼也改了，00129C 變成 00305C，名稱也做部分修改，變成「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」，這個是原本的加強感染管制的診察費，另外原本在一般門診診察費那邊

「每位醫師每日的門診量超過 20 人次」的部分，這個部分在加強感染管制實施方案牙科門診診察費也新增 1 項支付標準，點數的話就是原來的診察費點數加上這次增加的 35 點，會是 155 點，在整個的加強感染管制方案，從 00311C 開始，00311C、00312C、00313C、00314C、00315C 就通通看一般門診診察費那邊，只要符合加強感控的在這邊也另外關了一些新的代碼跟名稱，以上說明。

主席

好，就是說原來牙科門診診察費過去就是有 2 種，有感控跟沒感控，現在把有感控全部取消了，改成新的感控，只留下沒有感控的那一塊，意思是什麼呢？如果牙醫診所明年開始他的感控沒有 upgrade 到加強感控就是明年新的方案的話，他的診察費要比去年還要低的，就是降下來，那你們原來是主張說 8 月底之後他要歸 0 的，現在還有個 baseline 在這裡，這樣子是對的吧！原來有感控的所有支付標準的代碼，全部要在明年 1 月 1 號就取消，除了一種情形就是補報今年原來感控的診察費，否則的話明年那些代碼都不用了，以避免大家混淆。要申報第 2 節編號的人必需符合該節通則條件，如果有問題請現在提出。

溫斯勇代表

我想做個詢問，因為現在支付代碼整個改了，那他就會變成可不可以再往上拉，我們以前是申報這個都要放考評表，在以前我們更改點數調升點數的時候都不會有要再申請，那現在意思是說全國的院所要全部重新做一次申請，已經之前符合 320 就是今年的標準，他也符合明年的標準，我是說他 HIS 要改，但考評表要再重送嗎？

主席

要啊！他從來沒有送過。

溫斯勇代表

那是全國院所都要重新送，我只是想要讓理事長跟主委知道，意思是全國院所全部重新送。

主席

因為那是新的自評表，之前沒有自評過，不然怎麼知道他有沒有符合明年的標準？我們不能假設說符合今年標準的人一定符合明年的標準，應該是這樣沒有錯吧，我們大家要有共識。

還有為什麼要換編號，原因是有些人會誤以為還可以繼續申報 00129C，只是去更改點數從 320 變 355，因為過去支付點數調整，就是資訊維護就可以了，那這次不一樣，點數的調整背後意義是不同的，所以我們不希望大家誤以為繼續報 00129C 是 OK 的，所以就沒有 00129C 了，必須改申報 00305C，就是通則所提的 1、2、3 條件，你要申報之前必須附上自評表核備，如果沒有是不

可以去申報 00305C，自評表出來之後我們才可以去啟動查核，希望大家可以釐清，上次會議沒有那麼仔細地去討論過，如果是這樣我們就明天共擬會這樣通過。

溫斯勇代表

主席，我想當然如果通過這個是 OK，我覺得因為這個通過會什麼時候碰到我不知道，但是他會有一個，因為如果他還沒有正式公告的時候，院所不可能直接去在上一個月說我已經符合了，因為公告才可以實施，公告以後的時候他可能下一個月的費用，因為在之前上一個月就要送考評表，這部分在公告前到時候還要。

主席

這個生效日，玲玲科長這邊要不要跟大家說明，包括感控方案的公告日，還有支付標準的生效日。

醫務管理組 王玲玲科長

現在的支付標準生效日，一般我們明天通過共擬之後我們會做預告的程序，預告大概要 2 個月，預告結束之後才會送到部裡去做核定，所以這當中我們預估最快也要 3 個月作業期程，所以我在想等我們預告期間開始的時候，就可以請會員們開始準備。

簡志成代表

現在就是說前 1 個月 20 號之前你們這邊就要收到，然後才能過，對不對？

主席

申報之前一定要送考評表。

簡志成代表

你不是說 20 號之前，如果 3 月 20 號是我們申報日，要幾月才能送？

溫斯勇代表

還沒通過不能送，通過了以後才開始。

簡志成代表

現在是卡在流程的問題。

主席

SOP 生效日應該會比較早吧！這個需要有 60 天的預告嗎？

醫務管理組 劉林義專門委員

這個感染管制會報部。

主席

這沒有 60 天的問題，所以加強感染管控實施方案會比支付標準提前公告，所以公告之後大家就可以開始自評，假設支付標準生效是 4 月 1 號的話，那就 4 月 1 號開始大家才可以用 00305C 來報，那在這之前都還是用 00129C，自評表就是 4 月 1 號之前一定要送，3 月 20 日是報 2 月份的費用。

簡志成代表

自評表 3 月 20 日收到 4 月就要送。

醫務管理組 李純馥組長

照這個法律文字，因為公告支付標準 4 月 1 號生效，當然你在 4 月 1 號開始執行這項業務之前就要核備過。

簡志成代表

這邊可以接受是 3 月 20 日之前，還是 3 月 30 之前。

主席

早一點！分區也要時間審核，請分區表示意見，如果送考評表你們認為要花多少時間，同意 4 月 1 日可以用新的碼？

東區業務組 劉翠麗科員

主席，報告東區這邊的意見，因為之前在申請 SOP 的時候都是前 1 個月的 20 號以前要把考評表先送進來，等醫管核備以後下個月在申報費用才生效，所以建議如果 4 月 1 號實施的話，應該 3 月 20 號以前你就要把核備的東西先送進來，因為還有流程要走，謝謝。

主席

我們資訊要建檔，才可以讓你們的資料進得來，這個部分今天寫入決議吧！3 月 20 號以前要送。現在是確定 4 月 1 號嗎？可以嗎？請問衛福部意見。

蘇芸蒂代表(朱日僑代表代理人)

我需帶回詢問。

主席

好，我們事後再協調，總之是生效日的前 1 個月的 20 號，大家必需把自評表送到分區業務組，分區業務組收到之後維護在我們醫管的資訊檔裡面，然後 4 月 1 號申報進來的時候才會順利，否則會被檔掉，這樣對不對？各位分區業務組的代表可以嗎？可以。

醫務管理組 李純馥代表

建議應該從感管方案公告以後就可以先送，只是 deadline 是 3 月 20 日，因為要考量分區的作業時間，盡量還是在感控方案公告的同時，提醒分區要知會院所及早申請，因為院所還是要有作業時間。

溫斯勇代表

不好意思，我還是要維護會員權益，因為這個沒有辦法知道說方案到底公告多少？是不是可以有個但書，假設至少方案的公告日後要有1個月作業的寬限期，假設萬一後來是3月1號才公告，至少還有1個月，可以這樣嗎？

主席

可以！方案的內容我們尊重專業的意見，所以方案理論上是可以先公告的，大家就有充裕的時間去宣導，這樣有沒有問題？好。

醫務管理組 王玲玲科長

這邊有一個地方我再說明一下，在00305C最下面那個原本修正成為第4點本項支付點數含護理費29-39點，這是原本舊的，所以我們明天的報告案裡面會再把費用等比例往上調，應該也會在40幾點左右。

主席

這應該沒有差，總點數就一樣，只是說明那裡面內含多少點護理費，應該跟我們原來的共識都無涉，好，所以如果大家都確定就這樣了，以後不要有爭議。

還是提醒大家00129C這一系列原來感控編號的只適用到新公布之前，除非補報的才可以再延用，以後就不再延用，假定沒有upgrade成為新的感控方案，就自己變成原來的沒有感控，而且外展的都一併適用，內展外展都一樣，若大家確認同意，這個報告案就到這裡，接下來第5案(醫缺方案)現在資料要確認，請業務單位說明。

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

第5案的部分因為上次，在原來議程討5-34的部分，是在討論巡迴計畫品質獎勵費用是不是要繼續試辦，原來的資料巡迴點設置治療椅的資料只有到10月，目前因為牙醫全聯會有更新資料到12月，經過確認，如果以12月來看的話，有設置固定治療椅巡迴點的數量108年相較107年確實已經有增加，所以這個項目的評估指標是有達標的，所以巡迴點的部分，品質獎勵費用建議可以繼續試辦。接下來是社區醫療站的部分，在議程討5-37的部分，5-37的備註最上面有說明到服務人數的指標是微幅下降，議程上的資料是1-9月的資料，目前更新到1-10月的申報資料，就是2個年度同期相較還是沒有達標，所以社區醫療站的部分建議不要繼續試辦品質獎勵費用項目。

主席

好，這2個大家有沒有意見？來，黃代表。

黃福傳代表

有關大家看到這些資料，其實沒有達標百分比很低，所以我覺得還是要繼續獎勵。

主席

大家有沒有意見？

簡志成代表

主席，上次提的時候有討論到今年天災天數比去年的多，那些有拿掉嗎？上次有提出來，服務天數應該要不一樣。

主席

服務天數有沒有排掉天災嗎？

醫務管理組 李佩純科員

今年行政院都沒有特別公告災區的名單，所以這邊沒有特別去排除天災的日期，其實天災發生的時候我們從分區那邊得知，其實有部分院所還是在路況可以的狀況下，他們還是有依照原來的排班日程去提供巡迴服務。

主席

好，請黃代表。

黃福傳代表

在醫療站的部分，今年開始有每診次至少要3個人限制，牙醫師當然不想重寫計畫書，他就不要做，很累，所以這部分都會降低看診的人數，像東區、高屏區、中區這些醫療站，統計下來到底有多少牙醫師應該退出服務，當然會影響很大。

主席

行政科這邊有沒有要回應？

醫務管理組 李純馥組長

既然你們現在變動會有，那這個指標還要不要留？請你們審慎以對，如果照您剛講的我們把他拿掉對你們壓力比較沒那麼大，因為這個涉及到你們在社區巡迴站看的天數跟人數，所以原來的指標是要比今年還要多，所以如果照您剛提的有些人因為這樣而不想去提供服務，留下來對我們健保署是比較有利，我們同仁就數字提醒你們，你們如果堅持要報我們當然不反對，因為這樣子對民眾保障比較大。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

補充一下，107年及108年同期比較，總服務人數是減少256人，成長率是-1.9%，以上。

黃福傳代表

我個人看法，這些都是在可容許範圍內，因為那麼多牙醫師都不參加醫療團服務。

主席

所以希望你留下來嗎?留對您們壓力比較大。

黃福傳代表

指標留下來就不要算。

主席

不要算就是拿掉。

簡志成代表

黃醫師意思是留方案的指標。

主席

請問行政科的意思。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

我們的計畫是指標沒有達到，獎勵就拿掉。

主席

如果指標拿掉，獎勵就取消，那有獎勵留者指標拿掉，沒有這種一半的。

翁德育代表

我們的意思原先方案的規劃，人數是其中一項，其實他還有很多要求，我們現在覺得人數有點困難，因為我們部分社區醫療站醫師減少，不管如何我們希望保留品質獎勵方案的精神，人數如果說署方不建議拿掉，希望署方給我們彈性空間調整。

主席

現在就是選擇，如果要維持，就繼續給予獎勵，達不到就不給予獎勵。那維持此項，好嗎?只是提醒您們今年本項未達標，本來您們說壓力很大所以拿掉，既然您們要留者就留者，只是要看能不能達到，假設還是達不到就拿不到獎勵。

徐邦賢代表

我們也會做相關的檢討，但如果是天災造成路斷…。

主席

請個案舉例。

徐邦賢代表

但我們現在缺乏這類資料，如有影響我們未來會把它記錄下來。

主席

如有相關情形，請舉證，因為署沒有全國性這類資訊。這項保留，加入但書，如地方有斷橋，造成無法前往設站，則各自舉證，才能各自排除。行政科這邊可以嗎？可以。把非常例外但資訊不足部分透過個案通報讓我們再來排除。

林鎰麟代表

主席請問這個指標是全國醫療站算在一起，沒有達到就都沒有獎勵嗎？

主席

此項指標是全國性。

林鎰麟代表

我覺得這事有商確的必要，因為這個指標放到每個站都是一個指標。

主席

請行政科說明此項指標計算方式。

醫務管理組 李佩純科員

跟大家補充一下，我們現在是討論 109 年到底要不要繼續試辦社區醫療站品質獎勵，要達到的指標除了有社區醫療站都要設置有固定式診療椅及 X 光機的設備。第二個部分 108 年的服務總天數及總人次要大於等於 106 年的數值，第三部分是 108 年總服務人數要大於等於 107 年數值。最後，有完成 12 件根管治療的醫師數要大於等於 27 人。上次會議我們計算的資料裡面，前述指標中只有服務人數沒有達到繼續試辦的指標，其他指標都是有達標。目前更新的資料，服務人數的數字還是沒有達到，但確實相較數值有微幅增加，1-9 月和 1-10 月相比，1-10 月的數值是有進步的，只是目前還是未達標。

主席

在討 5-37 頁，牙醫師公會全聯會版本跟健保署的修正版，在 F 都有提到 ABC 討論以下指標評估下年度是否繼續試辦，ABC 最後是人數部分沒有達到，原本是這些指標都有達標的話則繼續試辦，但現在有少部分沒有達標，這些指標是不是要繼續試辦，如果大家同意就繼續試辦。(大家都同意)好。進入加強感染管制實施方案。

討論事項第六案 修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」

主席

業務單位已說明本署意見，請教鄭教授的意見。

鄭信忠代表

根據健保署意見一人一機部分，在討 6-17 評分標準為「高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，進鍋滅菌並標示滅菌日期」。我有個意見，因為手機屬於

semi-critical item，包括美國 ADA、FDA 建議以高溫高壓來做，現在所有的手機幾乎都能夠高溫高壓，因此高溫高壓變成主流及唯一方式。有關高速手機進鍋，我個人認為在進鍋的同時也要有指示劑(包外和包內)，甚至要標示日期。

我建議修改如下「高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，放置包內及包外化學指示劑，標示滅菌日期並進鍋滅菌。」把滅菌日期放在前面，再把進鍋滅菌放在後面。

健保署提到的第二點建議：所有項目之評分標準皆應配合「一人一機」修訂，事實上牙醫診所就很像雜貨店，東西很多很多，坦白講在我們 SOP 並沒有規範，大家請看討 6-16 第 8 項，「器械滅菌」項目只有寫打包後標示滅菌日期，B 就是化學指示劑，A 是生物指示劑。健保署所提到的這些東西大家可以看討 6-12，牙科器械消毒及滅菌原則，內容已經清楚列出 critical item、semi-critical item、non-critical item，只是我們的 SOP 並沒有特別凸顯這個部分，假如 SOP 加入這項的精神，我想全聯會會更有具體概念，不會有人誤解，所以在 SOP 建議納入所有的器械消毒原則。

主席

鄭教授的修正條文請同仁直接文字修正，請各位代表一起檢視高速手機 6-17 第 12 項的文字內容。

許世明代表

當初此版本是為了簡單評分這項可以仿照前面幾項 ABC 3 個等級，如果說要加入化學指示劑的部分，我們建議此項同我們原來評分表第 8 項器械滅菌的部分分成 ABC 3 級，C 級的部分建議為原版本；B 為符合 C，化學指示劑監測，此項可在做文字上的修正；生物監測劑部分放入 A 級。

主席

請提出修正文字並確定文字。現在講的是第 12 項，文字為修正為「高溫手機清洗並以滅菌袋包裝後，放置包外及包內化學指示劑，標示滅菌日期並進鍋滅菌。」，這段是取代原第 12 項，大家有意見嗎？

許世明代表

我建議第 12 項比照第 8 項修改，第 12 項的 C 級同第 8 項的 C 級，包外包內指示劑改成 B。

主席

請確定第 12 項修改為哪一個版本。請鄭教授和 CDC 同仁一同檢視。

鄭信忠代表

我同意許世明代表的建議，用 CBA 方式漸進式概念敘述是一個好方法。

主席

我們確定一下文字。

鄭信忠代表

「B. 符合 C，放置包內包外化學指示劑監測，並完整紀錄。」，「A. 符合 B(放置包內包外化學指示劑)，每週至少一次生物監測劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。」我同意此寫法。

健保署有提議說，其他項目是不是皆配合「一人一機」修訂，這解套方法是剛我有提過的，在討 6-12 就已經把原則列出 critical item、semi-critical item、non-critical item，是不是把這些納入 SOP 的哪個項目，或是說先這樣來執行。

主席

我不理解現在上面第 12 項(一人一機)ABC 跟第 8 項(器械滅菌)有什麼差別，一人一機和器械滅菌的概念是一樣的嗎？

鄭信忠代表

沒有，因為我剛剛提到，所有器械分成 3 大類，分成 critical、semi-critical 還有 Non-critical，在討 6-12 中有標示出來。

主席

1 人 1 機是？

鄭信忠代表

1 人 1 機是 semi-critical，critical 的部分，現在都一致贊成用高溫高壓滅菌法來處理。

主席

那我們所謂的 8(器械滅菌)講的是 critical 嗎？

鄭信忠代表

沒有。

主席

那請問 critical 是在哪裡？

鄭信忠代表

(項目)8 是 in general。沒有任一項完全屬於 critical，沒有一項可以這樣標示。

主席

但重點是，critical (items)最重要，critical items 是最會碰觸到血液的嗎？那 critical 的滅菌在哪裡？現在我不太理解了，如果項目 8 講的是器械消毒是 semi-critical，那 critical 的部分在哪邊？我們 critical 跟

semi-critical 都在意，請問 critical 跟 semi-critical 是寫在什麼地方，註明清楚大家看得也比較安心。

牙醫師公會全聯會 吳迪醫師

原本是(8)是 critical，然後加了(12)是 semi-critical。

主席

那(項目)12 是 semi-critical 嗎?

鄭信忠代表

(12)是特別指手機。主席，應該這樣說，應該單挑出手機來討論。。

主席

手機在討 6-12 是(歸於)semi-critical(的分類)?

鄭信忠代表

對，剛剛主席講第 8 指器械滅菌，是一個籠統的器械滅菌，可以把 critical 跟 semi-critical 的挑出來寫，要重要醫療物品器械滅菌，這樣就對了，這些就是 critical items。

主席

好的，那就將(8)改為重要醫療物品器械滅菌，名稱改。我們其實所有的東西，當然很多的防護、所有的預防針扎，或者是 SOP，我們都很尊重大家的意見，而我們今天會講的感控，就是上述所說的討 6-12 所列的 critical item、semi-critical item 及 non-critical item，都要走入高溫高壓消毒，這個就是最重要的;1 人 1 機的部分，都是你們(牙醫全聯會)主張的 semi-critical item，所以上述這些都必須符合你們所講的 ABC，能夠做到 A 是最好。

鄭信忠代表

事實上，應該都要能做到 A，但應該是漸進式的，不可能一次就達到 100 分。

主席

所以這一次 SOP 的自評表其實是低標，因為只要不是 ABC，是 D 的才是不合格的，其實可能 C(等級)的都將他列為合格，這是一個非常低標通過的，並不是你們所謂的高標，理事長，可是我們當初增加經費是希望達到高標，我們要跟民眾講的也是高標，但你們(牙全會)提出到還會到 C 而已。

鄭信忠代表

主席容我講幾句，我本來有做過這方面的 survey，我告訴大家，如果現在要用高標來做的話是沒有辦法達到的，不可能的。我有做過長期 20 年的 survey，但是 CBA 真的能夠幫助牙醫界提升，漸進式的，而且牙醫界也可以訂定近程、中程、遠程的目標，這樣 survey 的方式最合理，我們知道不可能馬上完成，馬上變 100 分，所以採這樣的方式才是合理的，也是可接受性的方法。

主席

好，謝謝鄭教授的建議，很務實，但我還是要告訴大家全聯會現在訂定的，其實是低標準的。

鄭信忠代表

主席講的很好，同樣的我們也可以期許牙醫全聯會可以有近程、中程、遠程的目標，一步一步的來達成。

主席

因為這個自評是要來打分數，大家認為自己是在那個 status，等到大家打好，而且如果大家自評，就可以知道執行的程度，對不對？理事長說的其實是三分之一（可以達到 A），其實這只是三階段的第一階段而已，請翁醫師。

翁德育代表

謝謝主席，上一次我們所列的這些成本，每一個單項都有完整的紀錄，那有沒有包括其他的項目？

主席

請問是指等級 A、B 還是 C？

翁德育代表

目前為止，沒有把化學監測劑算在我們的分析成本裡面，我也要跟大家報告，化學監測劑 1 到 5 級，價格完全不一樣，如果今天化學監測劑一壞，大家馬上變成 C，這個沒有問題，問題那個價格真的不便宜，那我們有沒有這個必要把這麼多的成本都放在這張紙上？我們當然必須承認那張紙（指示帶）還是有它的功能，可是我們要花這個多的成本在那張紙上嗎？我覺得有待商榷。現在是變成 B 我們是可以接受，這樣是一個可以進步的指標，但是我們也是會期盼某些東西的價格，透過大家的力量讓價格可以讓一點，我當時算一算一天一包的話，一年要破好幾億，就算健保不支付，牙醫的成本一年也多好幾億，好幾億我們一年可以多做一些事情，只是為了那張紙，當然我們都知道化學監測劑的概念是非常的贊同，因為它是監測高溫高壓蒸氣滅菌有沒有達到預期的效果，但是我們同時也是要去看看它的成本，到底符不符合比例原則，所以我也是拜託鄭老師，我們在從事所謂的感染管制，有很多的細項我們的確是可以與日增進，但有關成本的問題，也希望能夠一併探討，以上。

主席

我想問一個問題，假若退到 C，是不是對民眾的感控可以有把關？鄭教授。

鄭信忠代表

我再講一次，感染管制是無底洞，無底洞如果要做到 perfect 要花費很大的人力跟成本，所以在目前的情形之下，我們只好使用分類，來達到最基本的要求是可以的，就跟我們先吃陽春麵，再加魚肉，再配小菜，這種錢加了是

不夠的。

所以我們肯定全聯會的用心，我 20 年前被罵的狗血淋頭，20 年前跟 20 年後都一樣，但是肯定全聯會是有進步的團體，有用心，至少 CBA 他們有目標，有近程、中程、遠程目標在執行，所以我覺得說先上路，我們再加強 monitor，然後把監控的近程、中程、遠程的時間表制定出來，我相信牙醫界會成為未來台灣醫界的表率，我相信，連醫科的基層院所也沒有牙醫進步的這麼快。

主席

好，謝謝鄭教授，牙科感控有進步的空間，就是逐步進步，錢如果能買來更好的品質就是值得的，但如果只是提高金額但什麼都沒有改變跟進步，是不值得的。鄭教授也背書了，也表示這樣的標準是有進步的，鄭教授。

鄭信忠代表

我退休了。

主席

謝謝鄭教授。

鄭信忠代表

不過跟大家說一下，我現在有在申請科技部研究感染管制經濟規模的研究，因為我發覺感染管制最重要的關鍵都是經濟問題，如果這個研究計畫可以通過的話，我想可以建立一個模式，到時候分享給大家看，經濟模式最重要。

主席

謝謝，總之自評出來大家就知道了，假定自評出來大家都有達到 C 就滿足，我們明年一定要進階到 B，這樣可以嗎？我們就有點使命感。本來就要這樣，因為我們不知道大家自評是 ABC 那一級，如果多數人在不加價的情況下都已經達到 C，就表示大家都有潛力達到 B，難道不是嗎？

翁德育代表

這樣的精神我們是同意。

主席

對，精神同意。

翁德育代表

但是實質上、實務上也要配合。

主席

但是如果 survey 出來大家都是 B 或大家自評都是 C，代表我們還有進步的空間，這也是持平而論的。

翁德育代表

跟主席報告，如果我們不考慮成本，一定是可以的，因為 B 跟 C 就加那麼一張紙，其實對我們來講不會很困難，問題是它的成本，如果成本降低當然是沒有問題。

主席

請主委發言。

許世明代表

剛剛主席所講的，大原則上我們基本是同意的，我們目前的現況是還沒有全面都符合，我們短期的目標就是讓全面去符合，那就像剛剛(鄭)教授所講的中期、長期的目標，事實上我們全聯會在總額底下已經有一個常設的感染管制小組，當然目標在未來訂定，因為目前訂出來的目標有 12 項，當然等到大家百分之百都達到 C 之後，我們研議案看在 12 中有那幾個項目可以從 C 提升到 B，那當然還不是全面性的。

主席

大概修正一下許主委講的(內容)，不是百分之百達到 C 才開始做，有 70%~80% 達到 C 就應該開始開始把一些項目將目標往 B 了，有什麼事情可以保證 100%? 只要有 1 家院所沒達到就不是百分之百了，沒有百分之百達到的，真實世界是沒有，有 7 成、8 成我們就應該開始往下個目標開始進行，不要因為少數人而拖住大家的進步。好的，我們就不再多花時間討論，再請教一下 CDC 還有沒有什麼指導?

疾病管制署 徐士敏護理師

主席，及各位與會代表大家好，剛剛聽了大家的討論，牙全會採取以漸進式逐步推動牙醫診所實際落實感染管制品質，對基層診所而言是一個比較合適的考核方式，當然更認同主席所講的，當參與牙醫門診加強感染管制實施方案的牙醫診所已經漸進式的都達到 8 成以上進步的狀態下，就應該要再進階提升，對於民眾就醫的品質才會有一定保障。

主席

好，非常感謝 CDC 的代表，少卿簡技這邊有沒有什麼指導?

陳少卿代表

主席，還有全聯會各位代表，我覺得這個方式是很好的，逐漸朝向訂定的目標來精進，也可以另外思考針對所有項目達到高標的各層級院所，提供一些標竿獎勵措施，整體提升未來針對牙醫界在感控品質的目標，以上。

主席

好的，那就請少卿簡技這邊心口司公務預算多編一點來鼓勵，大家都知道總額資源有限，不要全部都要健保來出錢，心口司剛剛陳述的也列入紀錄，編一筆預算來獎勵。請問大家還有其他的意見嗎?沒有的話，這個方案就大致確

定，我們再來看一下管理，在討 6-5 頁，請醫管組簡單說明，並逐項跟大家確認。

醫務管理組 劉林義專門委員

討 6-5 講的是複查不合格的處理方式，我們剛剛在前面有報告過，經訪查不合格，我們建議當月的診察費差額全部刪除，這裡差額是指有報感控跟沒有報感控的這兩個項目的差額，並可以追扣到調升實施感染管制措施生效之日起，再依照我們的審查辦法，最長可以追到 2 年。

主席

好，這一項是比你們原來提的，要嚴格一點，你們原來是說不合格可以提出複查，改為不合格一個月之後再複查，不合格再持續複查，請問段內容是什麼意思？如果不合格就一直持續複查，也不會對這些院所發揮任何(警示)的效力，就隨便評核，檢查過後(不合格)就再一直複查就好，就一直複查再複查就好，那有什麼意思？來，主委(請發言)。

許世明代表

我們請感染管制小組的吳迪醫師說明。

牙醫師公會全聯會 吳迪醫師

主席，首先，我們根據原有的精神，從訪查不合格開始，從次月之後就不能再申報感染管制診察費，那個差額已經出現了，我們原有的計畫就是這個樣子；本來寫說院所可以退出這個計畫，一個月後「得申請」，也就是說可以「不申請」複查，也就是說可以從此不報這個感染管制的診察費，也就是退出這個計畫；那對於我們現在要，「全面提升」的觀點是說，我們不讓你們(不合格的院所)退出，我們會不停地去複查，只要複查不過就不能申報；因此我們把「得」字去掉，也就是說一旦不合格就一直不能申請，我們也會一直去複查，不管現在是往後或是往前去申報，這是一樣的意思。那原則上這是一個政策的概念跟計畫方向的問題，我們希望大家都加入，而不是選擇一旦我被查核到(不合格)我就退出(計畫)，這跟我們當初想要全面提升的想法是違背的，所以才會這樣的去做，當然這個也是考量到後面會提到抽審比例的問題，還要考量複查人力的狀況之下，所以，我們建議到後面討論抽審比例的時候，再一併來討論一下。

主席

好，那其實吳醫師所講的跟我們(健保署)所想的是一樣的，只是沒有把支付點數的部分寫出來，可不可以把前面講的討 6-5 頁文字內容部分，健保署的意見照樣收錄，你們(牙醫全聯會)的也照收錄，1 個月後，申請複查不合格者持續複查，一直到通過後的次月，始得開始申報該項費用，那就是表示在交代(複查不合格)後面(辦理事項)，我們(健保署)的意見是在交代(查核不合格)前面(辦理措施)，但不合格的話，過去申報的費用的差額也要全數扣除，而

且可以追溯到 4 月 1 日，因為複查會一直複查，最長可以追溯 2 年。這件事情寫進去，也把你們研擬的內容也留著，不讓他們(不合格的院所)退出，次月再複查到可以為止，是這樣嗎?吳醫師。其實這樣是兼具，且比較清楚的。

牙醫師公會全聯會 吳迪醫師

我想跟我們想像的還是有點落差，包括追扣費用的部分；本來的條文就寫了我們不要追扣費用。

主席

怎麼可以不追扣?如果 10 年之後才去查到怎麼辦?

牙醫師公會全聯會 吳迪醫師

主席，這就是我要談到的抽審的比例問題。我們不是說抽審是要 20 年才能夠完成，一年辦理 5%需要 20 年才會完成的問題，大家明年都 pooling 在一起，然後 5%比例去抽審，不可能有一個院所，經過了 20 年才被抽審到 1 次，如果用這樣的精神去看，是不是要追扣 20 年?

主席

不是，那是相反的，我要陳述的跟您剛剛講的觀念是不一樣的，我們 random 的去抽，每個院所被抽到的機會是一樣的，所以他會擔心被抽到，並不是等到你被抽到才知道他不合格；雖然我們在說真正去看到查核到不合格的狀況可能是 10 年以上才看的到，可是你等不及，我們的目的是要院所能夠自發自動的就做到，而不是等著你去查。你的心情是這樣的，但是還是會有 free rider 沒有做到還是照給，那他們就要 try 一個風險就是被查到的風險，大家是 equal 的，所以我們一定要有方法去處理這些 free rider，如果大家都非常有信心都可以做到 B、C 等級，那你 always 等別人來查都不用害怕，也不會被追扣費用，我們不是都希望多數的人都是這樣的心情，只有少數的人是 free rider，可能他害怕會被抽到，所以他繼續申報也不會有人知道，那他抽到的機率是一樣的，他不見得不會被抽到，但他都合格，做得非常好符合標準的，他也可能都不會被抽到，但是他自律很高；所以應該要有比較嚴格的罰則在前面，大家才會考慮乾脆做到(符合感染管控的標準)，不用去冒被抽到不合格被追扣的風險，是不是這樣，吳醫師?好，請連醫師(發言)。

連新傑代表

其實感控訪查比較接近全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條的規定：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核扣費用，依檔案分析不予支付或視需要移送查核。」其實它是漸進式，如果直接寫死的話，它已經跳過了第一個輔導改善跟加強審查的部分。

主席

我們的審查辦法，如果有類似這樣的情形，也是一致往前追溯 2 年，這是一

樣的。

連新傑代表

不會是說第一次不合格，就會這樣往前追溯 2 年費用來處理？

主席

不會，就是一次，就是一次有真的發現的話就自清 2 年。

連新傑代表

可是還是要回歸法規上面。

主席

29 條就是法規。

連新傑代表

可是法規上有寫說要輔導改善，我們當然是希望院所一步一步，當然我們先前有訪查過一些院所有小的瑕疵，他們可能複查就過通過，可是如果第一次初訪不過就追扣兩年費用，我真的覺得這個比停約一個月還要嚴重，它沒有造成重大。

主席

不是扣兩年的費用，是差額。

連新傑代表

可是一樣的情況，也是扣減費用，但是跳過了輔導這個步驟。你們(健保署)就跳過那個步驟，不適應該保險人要輔導去改善，我們的目標是要院所去改善，而不是要去扣錢？我們其實還是要根據相關的法規來走。

主席

29 條法規的精神，請說明一下給大家聽。

醫務管理組 劉林義專門委員

這個不是扣錢，而是它本來就沒有達到符合法規的要求，它本來就不符規定申報此費用。

連新傑代表

應該是說實地訪查是隨機抽樣，可能他今天不符合並不代表他以前都不符合的這個概念。

主席

你要每天都要做到符合，不能說今天只有來訪查是不合格，以前都合格。這誰會知道？

連新傑代表

以前訪查常遇到行政瑕疵。

主席

這 12 項都是你們提的，不是我們提的。

連新傑代表

根據實地訪查的原則本來應該有輔導改善的空間。

主席

本來就有輔導改善的空間。

連新傑代表

所以不建議初核不合格就追扣他 2 年的費用，才年調 35 點。

主席

請違規查處室說明。

違規查處室 白姍綺專門委員

各位代表提到申報與核覆及醫療服務審查辦法第 29 條精神在於保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核。所以這是可以同時進行，當我們發現感控不合格，其實就符合支付標準，所以可以同時輔導改善及扣減費用，這是法規明定。在醫事服務機構特約及管理辦法有相關規定，例如第 35 條是限期改善，第 36 條限期改善而未改善予以違規記點、第 38 條是停約，這是有一層層相關規定，都是有法規相關規定，以上說明。

醫務管理組 李純馥組長

是否你們看到公會提送討 6-19 頁，因為你們對醫事服務機構實地審查及輔導作業原則，其中提到如果發現不當或違規，請他輔導改善並依本法相關規定加強審查、核減費用及移送查核。所以它是併行，不是等你改善後再去處理，程序上是公會提出的。

林鎰麟代表

我們講實務，管理除了文字，還有講求溫暖與人情。舉例開診前要消毒，萬一檢查前，消毒水過期 1 個月，1 個月前還在有效期限，可是卻要扣到 2 年，這不公平；第 2，手機要包裝消毒，查到才發現，但他真的忘記了，大多是小小姐消毒，過期 3 天，因此要扣他 3 天、1 個月甚至 2 年，我覺得要有比例原則。如果院所提出行政訴訟，大家都很麻煩，這個是要有層次，今天我們希望代表大多數會員的心聲，若這個辦法文字落於太嚴格範圍，牙醫總額擔心會員是否會反彈，可能帶來彼此雙方溝通的困擾，請求主席能否在文字上略為寬鬆一點。

主席

符不符合也是你們提的，不是我們提的。

林鎰麟代表

這有 12 項。

主席

問題這是你們提出 12 項都沒有低的，才可以申報。

林鎰麟代表

可是我們並沒有提說要回扣到剛開始或 2 年。

主席

如果你們自己都定義說沒有低的，才可以申報的話，怎麼可以說我現場去看，有些是低的，我也同意繼續申報，那不是矛盾嗎。

林鎰麟代表

那是罰扣，例如過期 1 個月，就只能罰他 1 個月。

主席

你怎麼知道他過期 1 個月，之前並不知道。

林鎰麟代表

你去檢查就知道包裝上的期限。

主席

你怎麼知道他只有這一次。

林鎰麟代表

你要講求證據。

主席

這個就是態度問題，我們的感控難道可以有假期。

林鎰麟代表

這現在有談到罰扣。

主席

我當然是討論到罰扣。如果我們的感控是沒有假期的，那就是必須每天都 ready。概念不是這樣嗎，你可以說我過期，沒關係啦，就讓我繼續申報吧。

林鎰麟代表

不是，你給他罰扣的時間就按照他實際發生的時間。

主席

你什麼時候看到他，大家信與不信就在這裡。每個人都公平在同一個的時間被查，這有公平性的問題。

林鎰麟代表

實務上你今天看到瓶裝的時間就過期。

主席

過期就不行，那些病人怎麼辦。

簡志成代表

例如過期 1 個月，但在 1 個月前是合格的。

主席

你怎麼知道他在 1 個月前是合格的。Who knows?

簡志成代表

沒人說他不是。

主席

你怎麼可以容忍他過期，而你都同意呢。

簡志成代表

你可以扣他 1 個月。

主席

你憑什麼知道他之前都沒有過期。

簡志成代表

這沒辦法知道。

主席

大家不是追求低標每天都做到嗎?若是連低標每天都做不到，還要談什麼。

翁德育代表

署的用心我們非常清楚，這個原則沒有錯。從另個角度，我們原先的版本本來就有相關的法令去規範，萬一查核不合格要怎麼處理，事實上有依情節區分，有沒有需要寫死在這裡。有些可能是最近來查，剛好不合格；有些可能完全都沒做，情節重大。情節重大的做這個，大家不會有異議。可是是否需要分情節。

主席

你說如何分情節。

翁德育代表

就依照相關的法令去處理。現在寫的是最嚴重的。

主席

那是最基本的。

翁德育代表

這是最重的。

主席

你現在回到各自判斷，這樣會有公平性的問題。By case，每個去查核的人都在當判斷者，這個要扣多一點，這個要扣少一點，這個不要扣，請問你這要怎麼執行，不可以說看狀況。沒有同一支尺，要不現在寫清楚，什麼是 By case，規則講在前面，總比在現場各自判斷好吧。

連新傑代表

其實上次就根據某些條文。若照署的版本，2 年的這件事，可能會有 2 種結果，有做感控但不申報費用，省得麻煩。這樣對健保署是很好，可以省費用。

主席

我們不想這樣，因為預算都編列了。我們不是那種心情讓你們別來申報。

連新傑代表

像老醫師，好不容易輔導他們願意將標準拉高，20 年前才 6%院所有做，20 年後接近 100%有做，最後一步其實很累很麻煩，很多老醫師跟不上這階段，我們也慢慢輔導他們上來。

我們訪查這麼多年，真的有院所是一時疏忽，複查多半都會過，所以初核與複核的比例會不一樣，複核多半都已經會過。

主席

其實觀點是兩組人，一是自評不合格的人，另一是自評合格的人。連醫師提到的乾脆不申報的這些人，你就好好去輔導他，我們都不去查他，你輔導到他 ok，他願意申報，我們再去查。

現在講的是自認為 ok 的人，去查其實不 ok。如果你說的是對的，現在都做得很好，以前只有 60%，現在有 99%，只剩 1%不願意做，99%的人自認為 ok，我們其實是 recheck 是否如你所說的好，如果是我們當然支付。

今天我們的預算先編在前面，而且編足編滿，並沒有想把錢拿回來的意思，這是我們的初衷。但大家是否真正做好做到，即便是 A、B、C3 級，都已妥協到 C 級，如果自認為做到，那天去訪查卻發現過期，這說得過去嗎，當然是不行，感控是沒有假期的，不然病人如何能得到安全。

針對一開始就宣稱做不到的人，我們不會去查他，這些你們去專心輔導，我們不陪也不去輔導。

許世明代表

可參閱上次臨時會議程資料，我們所提軟體方面，在考核表第 1、2、6、10 點，未符合標準者，視情節輔導改善或核扣該月差額費用。所謂情節可能是單項，有可能用輔導改善；若有多項不合格，就直接核扣當月的差額費用。所謂第 1、2、4 項，舉例硬體設備 A 有洗手設備、有良好通風空調系統，這部分若單項不合格，我們建議用輔導改善，不是直接核扣當月的診察費差額。第 2 部分，若事涉器械消毒，直接影響病人就醫安全感染部分，只要一項不合格，依情節核扣 1~3 個月的診察費。若情節嚴重，就移送查核，看是要追扣幾年費用。

我們上次臨時會版本是區分情節輕重，有分單項或多項不合格，若很多項器械消毒沒做到，就從重處理。

主席

我覺得那些器械不管是 critical item 或 semi-critical item，只要器械不合格，就照健保署意見。因為違反我們最關心的那塊。

許世明代表

就照這個文字來改。

主席

如果只是通風，第 1、2、4 項，你可以列入輔導或核扣當月。這就有一點差別。如果有關鍵的項目，你們要註明。

許世明代表

第 1、2、6、10 項之外的。

主席：

第 1、2、6、10 項之外的都是。如果違反第 A.1、2、4 項或 B 的第 1、2、6、10 項就是輔導及核扣當月的差額，除了這些以外都是追溯核扣，這就有溫度了，林醫師剛講的溫度就在這裡。

林鎰麟代表

但還是很冷。

主席

我們已經同意你有差別了。

林鎰麟代表

溫度可以再調高一點。

主席

我們非常在意民眾端的感控，如果做不到民眾端的感控，我們就一律不付這

費用，而且這是沒有假期。

林鎰麟代表

我們有估算，例如院所 1 個月有 300 件，若最嚴重被核扣 2 年，就要被扣 90 萬。

主席

那就做到就好，就不會被核扣，不要想萬一做不到。

林鎰麟代表

替會員詢問，前例被核扣 90 萬，會被直接移送法辦或停約？

主席

沒有，這件事情我們不會直接移送或停約，用審查辦法來處理。

林鎰麟代表

謝謝，這溫度有調高 0.5。

主席

我們不送查核，白專委，這件事情我們就用審查辦法來處理。

違規查處室 白姍綺專門委員

好，瞭解。

主席

我們就不當成虛報處理，就用審查辦法來做費用核扣。

連新傑代表

停約 1 個月費用還比較少。

主席

讓你選擇。請邱醫師。

邱昶達代表

主席，各位醫師，我先反應一個事情就是鄭教授是牙科感控的權威，每次來醫院評鑑都讓人戰戰兢兢，所以牙醫的醫院感控是很嚴格的。我有 2 個要講，1 個是討 6-13，因為既然要照監測第 12 點，化學紙試劑跟生物紙試劑，我知道疾管署有把 1-5 級試劑列出來，告訴醫生哪些是第幾級，疾病管制署裡面如果就有列出來應該把他增列進去。此外大家看最後 1 頁，4 月 1 號要生效，有些會員大會到 4 月 19 日才在開，我覺得滿晚的，像剛才主委講的是不是要落日還有溫度一點，比方說第 1 年先追溯 3 個月就好，之後再逐年討論，慢慢到 6 個月，不要一下子 2 年，2 年衝擊太大了。

主席

現在追扣到 4 月 1 號，2 年是 2 年後才會有 2 年的問題。

邱昶達代表

那這樣就 OK，

主席

2 年後大家都達到了，沒有人會被扣 2 年。

許世明代表

最後文字部分其餘像未符合者視情節核扣 1-3 個月。

主席

沒有，就回到我們健保署，就是已經同意你說 A 的 1、2、4，B 的 1、2、6、10，這些不會追溯到 4 月 1 號，就是核扣當月，然後再輔導，如果他輔導沒有改善，他以後不能報，但是輔導改善他損失的就是當月的差額，但是如果非 A .1、2、4，非 B. 1、2、6、10，那就是 others，他查到是不符合的，那就一律追溯到明年 4 月 1 號的差額，越晚被查到追的時間越長，就這樣子。

簡志成代表

最長 2 年嗎？

主席

最長 2 年，這樣應該很清楚吧。

許世明代表

我們還是建議在其他各項不符合者，還是要稍為分一下。

主席

那你還要再各別判斷，因為你們應經提出有溫度的部分，其他都是關鍵性的感控條文，好，謝謝，請徐醫師。

徐邦賢代表

在特管辦理第 37 條的情節，最多也只有寫到 10 倍的金額。

主席

我們只有追扣差額。完全沒有處罰，只是把你之前不該領的追扣回來。

徐邦賢代表

只是這個情節輕重。

主席

這是不一樣，如果是特管辦法，就是追溯到 4 月 1 日再乘上 10 倍，現在只有 1 倍。請林醫師。

林順華代表

我想確認剛剛署方所提的，就是自清嗎？沒有移送嗎？

主席

對，也沒有記點、停約，只有費用追扣。

林順華代表

好，謝謝。

主席

確認了嗎？理事長，好，確認一下文字。

醫務管理組 劉林義專門委員

因為你們的文字是說 A 之 1、2、4 點及 B 之 1、2、6、10 點未符合標準者視情節輔導改善「或」核扣費用，現在要改成「及」，就是當月要核扣且輔導，是這個意思嗎？好。

主席

而且要輔導通過才能恢復申報。

組長

考量在實際操作上可能有些醫師會有爭議，建議文字要註明任一點未符合標準，否則他會以為是 A 之 1、2、4 點及 B 之 1、2、6、10 點都不符合才是未符合標準，後面其餘各項也是任一點未符合標準核扣 2 年。

主席

好，清楚了，雙方都各退一步，也考量到大家期待的溫度，我們很在意感控希望在這一次可以做到，否則這次意義就小很多，請在往下看。

醫務管理組 劉林義專門委員

接下來請看討 6-6 抽查比例，全聯會建議已經符合申報加強感控的院所抽 5%，尚未符合加強感控的院所則是全面抽查；本署是建議符合申報加強感控的院所在前幾年應調整為抽 10%，以提升效果，至於本署各分區配合訪查的是前面符合申報加強感控的院所，後面未申報符合加強感控的院所則由牙全會進行輔導。

主席

這個建議很好，對於不願意或沒有做到的診所，由專業進行輔導，至於有申報費用的診所，則由分區業務組陪同訪查，牙全會有沒有意見？分區業務組對於 10% 的比例可以嗎？先說明第二點，請吳醫師說明。

牙醫全聯會 吳迪醫師

當初的設計是沒有符合加強感控的院所也要進行訪查，因為希望這些院所可

以跟上來，現在署方是希望對於有申報費用的才去監控，陪同抽查，但我希望政策上可以把這些還沒有符合的院所拉上來，而且要寫入條文訂有一定的抽查原則，才有驅動力，因為棒子比紅蘿蔔有效，輔導我們會做，但有時間性，考量人力及經費，以現行申報狀況來看，有申報的抽 5%，沒有申報加強管控的全面抽查，這其實已經跟 10%差不多。我們還是希望把沒有符合的這些人推往合格，再去全面訪查剩下的未符合院所。

主席

這是二件事，一個是要教院所怎麼做，一個是去看他有沒有做到，這是不同深度的處理，這些沒有申報感控的院所，有些是不願意做，有些是不知道怎麼做，如果是前者，需要被教導怎麼做的院所，需要的是專業輔導，分區業務組去也沒有辦法當教導者，還是需要回到專業，如果全聯會輔導後這些院所可以執行並申報感控之後，再由分區業務組陪同去查核，人力的投入應該要考量有效性，全聯會在執行上也應該分二群人，一群人負責查核，一群人負責教導，各自有 SOP，才有效率。另外抽查比例的問題，全聯會意見是 5%，本署是建議 10%，這個部分請醫管組再說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

如果訂 5%，全面清查完畢需要 20 年，這個方案是大家所關心的，所以至少在前面幾年，抽查比例應該提高，增進效果，後面如果已經穩定，再降低抽查比例。

翁德育代表

說實在，如果只靠輔導沒有公權力介入是不可能做好的，初期輔導是可以的，但總不能一直輔導，之前我們輔導過一家做特殊服務身障的診所，後來醫師來投訴，說我們騷擾他，我們可以輔導，但並不是每一家院所都願意接受輔導，除非有公權力介入，我們為何提 100%，就是希望剩下的院所在公權力介入後可以都符合標準。希望第 2 點可以再實質討論，就是給我們輔導期，再輔導期過後，則全面抽查，不然一國二制，有做的要被抽查，不做的沒事，那乾脆不要做。

主席

您所說不做的這些院所需要公權力介入的部分，我認為應該是衛生局或是 CDC，健保署是給付費用的人，符合資格申請健保費用者，由本署去查核，但不符合標準且不願意做的院所，應該由衛生主管機關或 CDC 來督導查核，是否請 CDC 及心口司表示意見。

疾病管制署 徐士敏護理師

有關診所督導考核是由醫事司督導，而牙科相關業務則由心口司負責，本署已訂有診所的感染管制查核項目，並適用牙科診所，先前也以函知方式提供給衛生局，大家都責無旁貸，若有相關事宜將會再跟長官報告。

主席

請心口司表示意見。

陳少卿代表

地方診所的督考是在地方衛生局醫政管理科，醫政管理科在感控的部分有加強了一些目標及項目，不分醫療院所或牙科院所都會去執行，現在的問題是不符合健保規定的這些診所，是否要另訂項目，則要請醫事司在地方考核的項目再增訂督導項目，衛生局不可能針對特定項目去全體複查，但可針對有特殊樣態的項目，可以列入地方衛生局的考評指標，在未來漸進式的對這些不參與感控的診所進行督考，列入督考就是公權力的介入。

主席

對於不符合感控的院所，由衛生局負責督考，對於已經符合感控而向本署申報健保費用的院所，由本署陪同抽查，大家各司其職，請問翁醫師還有沒有意見？

翁德育代表

如果是這樣，與當初我們會內訂定要去做到 100% 的落差太大，如果我們自己可以做到又何必提這個方案？

主席

那您認為應該怎麼做？

翁德育代表

如果後半段我們去查核後，如果複查不合格，可否違約記點？如果可以，那就會有公權力的介入，如果違約記點 3 次就會停約，那才會有效。如果現在甚麼都不做，那當初為什麼要訂這個方案。

主席

你是說要我們陪同是希望要違約記點？請白專委表示意見，有適用條文嗎？

違規查處室 白嫻綺專門委員

在特管辦法 35 條有規定，若違反相關規定可限期改善，若沒有改善，則會依據 36 條第 9 款來記點，再命其改善，若再不改善，記點達 3 次，則依據 38 條規定予以停約。

主席

你們希望從嚴處理，違約記點到不予特約嗎？

林順華代表

第一點，健保分區業務組業務繁多，是否需要全面查核，或重點式打擊查核；現在追扣處罰金額很高。

主席

沒有很高。

林順華代表

沒有啦，是最高二年。

主席

現在方案還沒生效，那來的二年？

林順華代表

第二點是衛生局去督考後發現院所不乾淨，也可以提報到健保署，再由健保署處理，這樣效率更好。

主席

若沒有人提報呢？

林順華代表

可以跟衛生局說，讓衛生局去督考，有不合格的再提報到健保署。是否先請各區理事長先評估人力是否足夠，如果夠則 10%沒問題，如果不夠則我們要去評估要擔負的問題。

主席

現在一個是 10%的問題，另一個是可以列輔導期，若到期仍未改善，現行規定可以有總額內舉報，我們可以出動查核。

翁德育代表

這是實務問題，有醫師表示，我去輔導，但後來這家院所查核不過，那輔導醫師是否要受連帶處分，他們壓力會很大，若要由會內舉報，又會被投訴，是不是訂定輔導期過後，還是不申報，就可以去查核。也不用我們去舉報。

主席

尊重全聯會意見，請問輔導期要訂多久？

許世明代表

那就訂半年。

主席

如果輔導後 8 月 31 日後仍未改善，如果要違約記點，我們會協同衛生局去查核。

翁德育代表

今天是否訂定輔導期但書至 8 月 31 日，若屆期仍未改善，因全面抽查不易，則要加重抽查比例提高很多。

主席

請黃代表。

黃立賢代表(石家璧代表代理人)

剛剛翁醫師的意見我沒有意見，我想請問主席及全聯會，抽查比例從4%到10%，增加了2.5倍，2位審查醫師及車費由誰支付。

主席

細節這裡不討論，現在要討論的是抽查比例，或是還有沒有其他想法，人力及預算由全聯會各分區循往例處理。這裡比例到底要訂幾%，請主委說明。

許世明代表

建議抽查比率定為6%-8%為原則比較具有彈性，屆時再由各分區業務組視需求自行於範圍內調整。

主席

尊重醫界採6%-8%，接下來請業務單位說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

本署建議第五點將目標方案移至句首，其餘依牙全會建議，惟建議依方才討論決議刪除「移送查核」之文字。

主席

方才已討論分二種，第一種為申報感染管制診察費經訪查不合格者，依審查辦法規定；另一種為原不申報感染管制診察費雖經輔導也不提升感控者，列入特管辦法違約記點。文字可以在那裡表達？

醫務管理組 劉林義專門委員

第五點如果要簡化文字，是否可改為依相關規定辦理。

主席

移送查核代表要違約記點。

醫務管理組 洪于淇科長

第五點文字牙全會版本粗體畫黑線即為審查辦法之條文規定，因此本署意見建議不需特別說明。所以本項建議文字修正為「本方案之目標為全面逐年提升符合感染管制之牙科醫療院所數。對於感染管制訪查不合格之院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少2個感染管制學分，並依相關法規辦理。」

主席

這樣可以嗎？請業務單位再唸一下。

醫務管理組 劉林義專門委員

「本方案之目標為全面逐年提升符合感染管制之牙科醫療院所數。對於感染管制訪查不合格之院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分，並依健保相關法規辦理」。

鄭信忠代表

請教何謂「感染管制學分」，包含函授、實體上課、書面呢？

林順華代表

全聯會辦的課程都是實體上課。

鄭信忠代表

如果要全面上課，建議除實體外，也可以有數位等較廣泛的方式。

林順華代表

我們帶回全聯會研究。

主席

接下來第六點，請業務單位說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

第六點是關於外展單位巡迴醫療、特殊服務及矯正機關部分，比照方才決議修正二項重點，一項為抽查比例為 6-8%，另一項為不合格之規範請參考討 6-7 頁依作業細則及考評表辦理，且考評表要函送分區業務組，未訪查院所將優先辦理訪查，訪查不合格者當月診察費差額全數刪除並追溯自調升感染管制支付項目生效之日起，依審查辦法最長可追溯 2 年，依照剛剛非外展單位之相關決議於會後併同修正文字。

簡代表志成

外展單位的 SOP 嚴格說雖今年開始，實際執行可能是明年，所以並不清楚現在各單位的狀況，外展單位承作時可能一天可以數家，但訪查時因為交通或路程可能一天只能一家，建議抽查比例維持 4%。因為醫療站可能有不同機構及數位醫師，考評表是以機構內個別醫師為單位提出？如果有 8 個醫師就有 8 張考評表，但填不同該怎麼辦？或是以機構為單位提出一張？

東區業務組 劉翠麗科員

以東區經驗建議由巡迴點之各醫師提出，從管理層面來說，若不符合時才能歸責追扣差額，若個別醫師至二個巡迴點要提出二張。

主席

這樣可以嗎？

簡代表志成

可以！本項確認後就可以做宣導，另抽查比例剛剛已確認為 4%，另外考評表建

議增列院所代號、巡迴點等相關資料做為區別。

主席

考評表依本署東區業務組同仁以個別醫師分別提報，一位醫師到多點仍提報多份(內容一樣)，另依簡代表建議於該表增列相關基本資料，做為區別。

劉經文代表

我們想確認如果外展單位辦法及不合格是只限於扣那個點的範圍嗎？

主席

是的，牙醫門診加強感染管制實施方案及其附件 1、附件 2 已全數討論通過，本署會儘速完成行政程序辦理公告，公告後進行相關準備工作，配合支付標準公告實施前加強輔導院所。

醫務管理組 劉林義專門委員

我再補充因討 6-19 外展單位考評表與非外展單位內容微有不同，需確認 A 仍為 1、2、4，B 為 1、2、6？

主席

請業務單位會後再與全聯會確認。進入第七案，請業務單位說明。

討論事項第七案 修訂「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」

醫務管理組 洪于淇科長

請看對照表討 7-9，名稱更改本署無意見，另全年預算移撥金額改為 6,500 萬，按季移撥為 1,625 萬。

討 7-12，獎勵方式改為實施對象之每位牙醫師每月申報診療明細點數(含送核、補報案件)50 萬點(含)以下之點數，加計 4%。以 108 年(1 到 10 月)之申報數推估所需經費約為 3,200 萬元，108 年全年預估所需經費約為 3,800 萬元。

翁德育代表

議程討 7-2，健保署估算約 3,800 萬，雖與我們當時估算有所落差，但本項經費已協定公告，未來我們再逐年檢討。108 年用高一起的加成數獎勵弱勢鄉鎮當地醫師執行身心障礙，最後 109 年我們是把二個方案折衷，獎勵方向比較沒有，利用分區預算校正的精神，把 6,500 萬放在本案，醫師數及鄉鎮數採 107 年，加成點數採 108 年，當初估算 6,000 多萬，但算出來有 3,700 多萬。

主席

好，謝謝，接下來。

醫務管理組 洪于淇科長

頁次討 7-13 頁，雖然現在預估預算是足夠的，但考量若有全年預算不足時，

實際核發金額以原核發金額乘折付比例來計算。

接下來，請看討 7-17 頁，原先條文中未申報符合加強感染管制之牙科門診診察費者，即不符合獎勵資格，這部分我們會配合修訂過的支付標準項目來修訂。

翁德育代表

對於議程討 7-17 支付標準，我們原先規劃是以全部合格為目標，我們認為沒申報的不能領，其次查核不合格也不能領，任一項不合格都不能領，與健保署一致。

醫務管理組 洪于淇科長

配合按季結算，認定會以當季任一月查核不合格或未申報來看，OK 嗎？

翁德育代表

是。

醫務管理組 李純馥組長

假設 4 月 1 日才有新的符合感控支付標準，明年 1-3 月是以現有感控之支付標準來認定，請問你們的意見？

翁代表德育

可以。

主席

本案修正通過。下一案。

討論事項第八案 修訂 109 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」

醫務管理組 劉林義專門委員

本案多數採牙全會建議，只是刪除無障礙的部分，另有一項指標核算分數由 20 分調降至 10 分，減下這 10 分加到牙周病統合照護品質之基礎上。

醫務管理組 洪于淇科長

討 8-7 第二點也有感染管控的文字，將比照今日相關決議文字併同修改。

主席

相關文字請一併修改，如果沒有意見，本案通過。最後還有上次臨時會留下的牙醫急診獎勵不足區方案的支付點數，業務單位有補充試算表一份，請說明。

討論事項第四案 增訂「109 年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

醫務管理組張作貞科長

請參考討 4-9 部分，支付方式一節，全聯會要求非假日每診支付 1 萬點，假日每診支付 1 萬 2 千點；補充資料部分我們看一下牙醫急診處置案件分布日數，以牙醫急診案件中屬牙科急診處置者，加上全聯會所提適應症來看，108 年 1-10 月全國平日有 207 天申報這些案件，假日有 97 天；單看雲林地區平日只有 1 天申報，假日則無；嘉義地區平日有 6 天申報，假日有 3 天；推估 108 年全年數據也請各位參考。

第二種試算方式是僅針對牙醫急診案件，不卡任何條件；以全年推估落在非假日有 248 天，假日有 146 天；雲林分別為 4 天與 0 天，嘉義分別為 10 天與 5 天。另外提供 IDS 計畫中山地離島地區有專科夜間待診費用，晚上 9 點到隔天 8 點時間，每次 2850 元到 6 千元不等，因應當地狀況不同訂定，請與會代表參考。

主席

請嘉義與雲林理事長表示意見。

雲林縣牙醫師公會 楊裕堂理事長

本人第一次發言。我認為補充資料所列數據嚴重低估：門診時間的急診都是先收治後會診牙科。

主席

請問資料中有包含西醫案件嗎？僅有牙科申報案件理事長認為可能會低估。可能會診的病患人數不多，但是會診牙醫的就一定需要牙醫師，沒有會診的代表西醫還可以幫忙。要勞動牙醫師特別從家裡出來，表示某些案件還是非牙醫師不可。

雲林縣牙醫師公會 楊裕堂理事長

我另外要表達的是偏鄉醫師人力：雲林縣牙醫師平均年齡落在 52 歲，算是年齡較大的；如果要值夜間待診，晚上被叫起來之後回去大概也睡不著了；以現有醫師人力大概無法負荷。

主席

醫師人力無法負荷也就是雲林縣無法承作？

雲林縣牙醫師公會 楊裕堂理事長

是。

嘉義市牙醫師公會 賴重志理事長

嘉義遇到的問題是急診試辦計畫有先徵詢嘉義的聖馬爾定與嘉義基督教醫院是否有合作意願，兩間醫院都回覆因空間不足無法參與；陽明醫院表達合辦意願卻無牙醫師在該院執業登記。我們跟衛生局醫政科討論了，本想以醫師報備支援方式，但是論量費用要帶回醫療機構申報在執行上又有困難。論次部分也跟公會內部理監事開會，大家很支持，內部醫師參與意願也高，如果論

量申報問題能解決，在嘉義市或許可行。

補充資料看到的嘉義急診數據應該也是來自嘉基與聖馬爾定，應該也是被低估了，考量嘉義的牙醫院所平日跟假日都有看診，一些緊急處置例如牙周或牙髓緊急處置可能落在其他案件分類中申報，以上說明。

主席

計畫裏可以說數據被低估，病人需求不一定要牙醫師滿足，西醫師也可以滿足需求。現在聽起來雲林縣可能沒辦法做，嘉義市醫師雖有意願，找到陽明醫院合作本身沒有牙科，需要採支援方式。請南區業務組同仁說明。

南區業務組 郭碧雲科長

陽明醫院雖為綜合型醫院，強項還是以骨科與神經外科為主，並無設置牙科，可能也沒有牙科相關診療設備。醫療團跟醫院合作可能需籌設診療設備，醫不足或牙特殊方案都是醫師帶回院所申報，論次與論量都是；是否比照上述兩方案由醫師帶回申報，案件分類碼做區隔，以便統計。

主席

如果比照牙特方式，論量與論次案件都由牙醫師帶回申報，陽明醫院要投資一些牙科設備，這樣還願意配合嗎？

嘉義市牙醫師公會 賴重志理事長

當初跟陽明醫院談時條件是設備公會要自籌，我們預估經費需要 100 萬左右。最大的問題是衛生局建議考量未來也許有醫療糾紛，還是建議由醫院申報。

主席

雖然建議要由醫院申報，但是陽明醫院既無牙科亦無牙醫師；請問分區業務組有其他執行上的建議嗎？

高屏業務組 施怡如視察

澎湖醫院也沒有牙科，接受支援時是醫管協助於機構檔增設牙科，中醫也有同樣的前例。依衛福部釋示，希望鼓勵醫院設立相對應科別，但並沒有明確規範無設置中醫科就不能有中醫支援。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

醫院設置科別由衛生局核定，依據衛生局所說支援報備部分也可行，只是申報上若醫院無牙科，醫院就沒辦法申報論量部分，需要請支援醫師帶回申報，主要是卡在這裡。

主席

最壞的狀況是診所攜回申報，設備由公會提供，醫院端還是有提供場地等等配合事項，不可能費用自行吸收，這樣的條件陽明醫院 OK 嗎？

徐邦賢代表

執行的細節部分，包括費用分擔，我們會進一步輔導醫院妥善處理。當初談時有包括醫院主任，他們提到的困難點也在克服當中。至於設備部分，全聯會能支援部分會盡量，例如治療椅會跟會員先應募，大概是這樣子。

主席

這樣看來各縣市模式會不一樣，包括申報內容；要不要方案成熟一點再來討論？現在光雲林跟嘉義的模式就不大一樣，方案講定就寫死了，還是兩邊都同意後我們再看要怎麼修？

王棟源代表

想先確定論次金額轉知有興趣的醫師。

主席

全聯會建議金額健保署認為太高，請問有折衷版本嗎？

王棟源代表

原來每診時段是 3 小時，希望維持這樣的金額，每診變成 4 小時。

主席

醫院代表上次有提到這個金額對醫院醫師會有相對剝奪感，恐怕會有很大的連鎖效應；全聯會可能要想一下怎麼加強論述，例如人力成本包括一位牙科助理、或是參考夜間待診時間金額，現在把夜間待診拆成 3-4 個時段，相對而言差距也很大，這也是健保署很在意的；希望能夠有加強論述版本或是折衷版本，這樣才會比較合理。

翁代表德育

請問 IDS 計畫專科夜間待診費用，地點應該是在已經具有設備的衛生室？只有醫師 1 人不需要護士？負責地區應該蠻大的？

主席

都對。負責區域應該是離島等級，越遠僻的地方越貴。

醫務管理組 李純馥組長

IDS 的待診費是不管有沒有病人都一樣的論次費用，全聯會規畫的是有病人才給錢，我覺得可以跟未來要執行的醫師討論一下。IDS 是醫師必須在那裏，離開就不給付，而且是整個晚上。

主席

根據剛剛報告內容，雲林跟嘉義的方式就不一樣，申報上看來還沒辦法一體適用，金額也還沒有共識，理事長看一下是不是要帶回再研究？

王棟源代表

既然是健保會通過的案子，雲嘉地區也在與醫院接洽聯絡，論次費用還沒確

認，有意願執行醫院及醫師很難討論。

主席

理事長認為合理的論次金額應該是多少？

王棟源代表

是健保會通過的案子，要帶牙科助理又要開車，平日論次 1 萬，假日論次 1 萬 2 千點。

主席

健保會沒有通過這樣的論次金額，大家沒有討論到這麼細節的估計金額，只有通過預算金額。

陳亮光代表

南區新任主委陳亮光第一次發言。開辦費是這樣：醫院急診醫師 fix 在那邊，雖設備都是現成，也要付醫院一些租金；論量費用實際上是醫師的辛苦錢，論次費用就包括給醫院的場租，護理人員費用等等，依現在署裡規劃的費用會辦不起來。

主席

雲林的合作醫院講的是台大雲林，給他的誘因是出場地跟設備，同時可以申報費用；醫師論次的內涵到底有什麼？牙科助理是醫院要提供的嗎？但是這個模式又不是嘉義可行的，這些細節在同一個計畫怎麼寫得完？簡單喊一個數字之後將來一定紛爭不斷，要不要回去想細緻一點，而不是先喊一個價位底定後再被各方抽成，最後什麼都沒拿到，反而衍生另一個問題。這件事情真的是起頭難，不如退兩步想一想最佳解方是什麼，比較妥善。健保會公告的是預算金額，沒有任何細節，這個原則用在各個專案都適用；當時以宜蘭跟嘉義的嘉基、聖馬爾定先試辦，現在變成雲林跟嘉義的陽明醫院，台大雲林試辦也因為雲林醫師不太 OK，不一定組得起來，這些層層都是問題。這個案子要先停在這裡，也不要耽誤全聯會接下來的行程，今天奮戰到這裡，大家都盡力了。

許世明代表

請問下一次討論是何時？

主席

明年 2 月研商會議，這時候也應該都籌備的差不多了。

許世明代表

這個我們都瞭解，我們在跟醫院談的時候，有一個主要的項目，就是金額的部分，如果差距這麼大，大概就很難再談下去。

主席

你們要去論述你們論次到底是是函括什麼，因為你們 2 個點的方式都不一樣，可是卻是共用同一個計畫，我們沒有辦法替你們背書，而且金額也要合理。

醫務管理組 李純馥組長

因為健保會決議的預算是 780 萬，我們希望在預算額度內不要去浮動，你們不應該來問我們多少錢，因為平日及假日的費用都這麼高，最後預算不足還是會浮動，且對這些醫師也不公平，你跟他說這麼高，最後卻沒拿到這麼多錢。

主席

您們現在又說需求是低估的，所有人都無法預估需要出去幾次，難道現在西醫師幫你們滿足需求的部分，現在通通都要拿回來做嗎？如果是低估就代表你們出去的次數要更多，有這麼多的醫師都可以配合值班嗎？這也是你們要再去考量，這件事情真的不容易，主委、理事長，我們就停在這裡好不好？好，今天臨時會就討論到這裡，謝謝大家。