

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額
110年第1次臨時研商議事會議紀錄

時間：110年1月15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：林其瑩

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
王代表斯弘	王斯弘	陳代表文琴	陳文琴
王代表棟源	陳彥廷(代)	陳代表亮光	林致平(代)
何代表世章	何世章	陳代表建志	沈茂棻(代)
何代表正義	何正義	陳代表淑華	陳淑華
吳代表享穆	劉振聲(代)	陳代表義聰	陳義聰
吳代表迪	吳迪	黃代表克忠	黃克忠
吳代表明彥	吳明彥	黃代表純德	黃純德
林代表敬修	林敬修	黃代表國光	黃國光
林代表鎰麟	林鎰麟	黃代表智嘉	黃智嘉
邱代表建強	邱建強	蔡代表松柏	蔡松柏
邱代表昶達	蔡尚節(代)	盧代表彥丞	盧彥丞
徐代表邦賢	徐邦賢	謝代表偉明	謝偉明
翁代表德育	翁德育	簡代表志成	簡志成
張代表禹斌	張禹斌	蘇代表主榮	蘇主榮
張代表維仁	(請假)	付費者代表	(待選)
陳代表少卿	陳少卿	付費者代表	(待選)

列席單位及人員：

衛生福利部

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部疾病管制署

中華民國牙醫師公會全聯會

中華民國藥師公會全聯會

蘇芸蒂

陳燕鈴、陳思琪

黃少甫

楊文甫、連新傑、顏國賓、

許家禎、潘佩筠、柯懿娟、

邵格蘊

洪鈺婷

台灣醫院協會	曹祐豪、許雅淇、顏正婷、周貝珊
中華民國醫院牙科協會	(請假)
本署臺北業務組	葉惠珠、吳逸芸
本署北區業務組	吳煥如
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	賴文琳
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	劉翠麗、劉惠珠
本署醫審及藥材組	高幸蓓、曾玟富、張如薰、高浩軒
本署違規查處室	陳怡蓓
本署資訊組	龐君豫、李冠毅
本署企劃組	
本署醫務管理組	吳科屏、劉林義、蔡翠珍、洪于淇、陳依婕、王智廣、宋兆喻

壹、主席致詞(略)

貳、臨時提案

單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

(以下簡稱牙全會)

案由：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。

決定：

- 一. 通過 110 年牙醫門診加強感染管制實施方案全面訪查架構(附件 2)。
- 二. 書面評核循健保資訊網服務系統(VPN)牙醫院所感染管制書面評核登錄作業上傳；惟如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，才得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)提送保險人所轄分區業務組，並由牙全會六區審查分會初步檢核資料正確性，及至本署分區業務組工作站進行 VPN 系統人工建檔。如有困難，請牙全會再洽本署分區業務組協調協助。

- 三. 未於 110 年 3 月 31 日(含)前受理者(郵寄者則以郵戳日認定)，自 110 年 4 月 1 日起不得申報感染管制診察費。
- 四. 110 年感染管制書面評核不合格者(含有疑義或未上傳書面評核資料者)，應由牙全會進行實地訪查，並於 110 年 6 月底前完成。
- 五. 申請健保新特約院所，於 1 個月內由本署分區業務組陪同牙全會進行實地訪查，通過後始符合特約條件。本項配合修訂醫療機構新特約審查作業處理原則，供分區業務組新特約之參考。
- 六. 考量醫院評鑑已有感染管制項目，醫院評鑑合格者不須檢送書面評核資料，惟如醫院至牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務地點執行醫療服務時仍須提送相關資料。
- 七. 有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務，書面資料繳交期限訂於 110 年 12 月 31 日(含)前，並於 111 年 1 月 31 日(含)前完成書面評核及實地訪查。惟因書面資料提送方式涉及審查結果之歸責，請牙全會攜回研議後於下次會議再提討論。

參、討論事項

第一案(原列第五案)

提案單位：牙全會

案由：修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。

決議：除新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識暫予保留外，餘修正通過。

第二案(原列第六案)

提案單位：牙全會

案由：修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲幼兒口腔健康照護試辦計畫」案

決議：通過本案，計畫重點如下：

- 一. 預算來源為 110 年牙醫總額「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」(6 千萬元)，惟為與預防保健區隔，修正名稱為「0~6 歲嚴重齲齒幼兒治療計畫」。

二. 本計畫目的係為減少 0~6 歲兒童齲齒再發生機率，收案對象如下：

(一) 未滿二歲兒童齲齒顆數大於 2 顆(含)以上。

(二) 二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數大於 3 顆(含)以上。

(三) 四歲至六歲兒童齲齒顆數大於 5 顆(含)以上。

三. 支付標準：每一個案分別給付初診診察費(635 點)、初診治療費(1,000 點)、複診治療費(1,000 點)、品質獎勵費(1,500 點)。

四. 品質獎勵之核發原則，將原提「再發生齲齒填補顆數小於 1 『顆』(含)以下(自家)」修正為「再發生齲齒填補顆數小於 1 『次』(含)以下(自家+他家)」。

五. 有關本案退場機制，取消原排除「經歸戶治療個案數十二件以下者」。

肆、散會：下午 17 時 37 分。

伍、與會人員發言摘要詳附件 1。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 1 次臨時研商議事會議與會人員發言摘要

主席

理事長、各位代表、醫管組組長及同仁、分區業務組同仁，大家午安，今天是牙醫總額 110 年第 1 次臨時會，原定第 1 次會議時程是 3 月份，但因為牙醫門診總額有許多討論事項有時效，必需加開會議，所以今天是今年第 1 次臨時會議，在會議討論之前先介紹這一屆新加入的代表，首先是我右邊的這一位是社保司的代表陳淑華專門委員，再來就是我們這一屆新聘的專家學者，1 位是何世章醫師，何醫師是世益牙醫診所，曾經是台南市牙醫師公會第 22 屆的理事長，90 年當過臺南市牙醫師公會理事長，也是高雄醫學院牙醫學系碩士班，第 2 位是陳義聰院長，陳院長是上上任全聯會理事長，陳院長也是全臺第一家牙醫醫院的院長，德威國際牙醫醫院，德威國際口腔醫療體系的創辦人。接下來有幾位新的醫院代表，第 1 位是耕莘醫院安康院區的牙科主任黃醫師，代表醫院牙科協會；第 2 位是三軍總醫院門診處的陳文琴醫師，代表醫學中心協會；第 3 位是佑民醫院的院長王斯弘院長，代表的是臺灣社區醫院協會，歡迎這幾位新任的代表委員。接下來把握時間進入今天研商議事會議，我們今天應該有 3 項討論事項，首先第 1 項是感控，感控方案還是要趕快敲定，這是今年牙科部門非常重要的大事，所以我們會先討論這個，第 2 個

會討論的是品保款，是嗎？林義專委。

醫務管理組劉林義專門委員

順序會先從第一案感控這邊開始，第二案是牙醫特殊醫療服務計畫的重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網試辦計畫，第三案是 0-6 歲幼兒口腔健康照護試辦計畫，第四案再回到品保款，第五案才是醫院牙科門診特別獎勵案。。

主席

這個程序可以嗎？我們現在就正式進入今天的會議，先從感控這個案子先進行，請同仁說明。

臨時提案：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。

主席

感控方案在我們討論之前，先介紹我右邊的這一位是醫管組的張禹斌組長，接下來進到今天的討論案。經由剛剛的宣讀，基本上有幾件事情大家再討論一下，有關實體的紙本，我們希望大家都用電子送審，但好像一直收到的反應是電子化沒有辦法百分之百，如果院所只送照片或書面紀錄，這樣子的話要怎麼受理？這件事情我們需要討論。第 2 個就是說新特約的院所要怎麼送書面評核資料？還是要採實地審？第 3 個題目就是外展，外展上次我們有通過硬體的部分，只要送 1 次就好了，下面要掛所有會去外展的診所，但是有關

軟體的部分，應該每個醫師都要送，要如何送？一定是帶回診所送，但程序是不是也盡量採用媒體來送？再來就是外展的繳交期限，大概有這幾個問題，我們一個一個來，我們已經確定的事項就不再重覆討論。現在先討論書面紙本送審的管道？大家的意見怎麼樣？有 2 種選擇，因為大家都還沒有看到未來電腦的操作畫面，感覺上有障礙，畫面會在 1 月底準備好，假定到時候大家看了畫面操作是很簡單的，就會提高大家自行上傳的意願。另書面評核資料是 3 月底以前要送，所以這樣還有一段時間可以做，但是牙全會一直提說有年紀大、資深的醫師可能沒有辦法上傳資料，這個時候該怎麼辦？所以第 1 個討論書面送審？

徐邦賢代表

報告主席，我想因為實際上會遇到醫師會員反應的窗口是各分區的主委，是不是能夠請分區主委先說明一下看法？

主席

分區主委來說明吧！我們從臺北分會的盧醫師。

盧彥丞代表

第 1 個是收到有審查醫師反應，基本上書審還是得到審查醫師這端來做，然後我們審查醫師在業務組的電腦裡面目前只有 2 台是彩色的螢幕，其他是黑白螢幕，我不知道其他分區，如果這樣因為書審

的照片如果要確認的話，螢幕要跟上規格，審查醫師才有辦法做書審，所以第 1 個反應就是電腦硬體的問題。

主席

你把問題一一提出來，請醫審及藥材組如薰科長或者是玫富專委等會回答，第 1 個是螢幕沒有彩色。

盧彥丞代表

第 2 個問題是我們希望還是要留一些通路給一些特殊的醫療機構，當然相對來講資格比較老的醫生會有操作困難，第 2 個我們看到新簽約的因為沒有 VPN……。

主席

新特約院所等一下再講。

盧彥丞代表

所以相對審查醫師，既然已經為了新特約院所留了紙本書審這條路的時候，那為什麼不現在只為了今年這麼一次，也同樣留紙本書審，因為未來基本上書審只是為了這一次，以後就一定還是實地訪查，所以以這一次來講審查醫師的意見還是覺得雙軌並進，對會員溝通上會比較容易達的到，以上。

主席

再來黃代表，北區。

黃國光代表

北區的意見彙整，牙科心聲都很類似，萬一在電腦方面有些出差錯，耽誤到去罰錢，對大家會員做事不太好，雙軌並行是比較安心一點，能更快完成書審的過程，會比較快，謝謝。

主席

蔡醫師，中區。

蔡松柏代表

中區這邊原則上也是贊成雙軌。

主席

南區是陳醫師亮光。

林致平代表(陳亮光代表代理人)

今天代表亮光主委報告，南區希望是雙軌並行，因為就目前的健保資料來說 109 年 11 月統計的資料，病歷電子檔紙本替代方案，全國最高北區占率只 44%，東區 14%，南區 32%；另外醫療費用(抽樣/核定)電子化南區只占率 43%，所以基本在電腦的操作上應該還有一半以上的醫師是沒辦法順利的操作，所以紙本還是要保留。

主席

高屏享穆代表今天沒來。

劉振聲代表(吳享穆代表代理人)

我是代表享穆主委，高屏的立場其實也是希望雙軌並行。雙軌並行主要考量在實務上，因為電腦由來審的話，實際上的進度是數倍於書面來審，我們舉病歷抽審的實務來看的話，我們所有審查醫師的感覺就是，我們如果用書面來審病歷速度會很快，用電腦來審病歷花的時間是數倍，如果我們用3月底到5月這個期間要把病歷審完，我覺得會壓力很大，另外一個就是說實務上我們必需要盡快的完成這些事情，所以我們贊成雙軌，謝謝。

主席

東區的何代表。

何正義代表

我們這邊是贊成雙軌，因為東區50歲以上有212位牙醫師，50歲以上占了63%以上，70歲有12位，以上，謝謝。

主席

看起來是都要雙軌，採雙軌比例的書面有多少並不知道。延伸有2個問題，請醫審及藥材組說明一下，第1個是彩色螢幕，第2個是審查速度，請玫富專委還是如薰科長？

盧彥丞代表

其實我們審查醫師很認真在考慮這件事情，其實我們目前在審查用VPN的話X光片影像會lag，依照我們現在至少要24張彩色照片，

如果每一張都是延遲出現，耗費很多時間。

主席

延遲出現，這應該都有改善方案，玫富專委或如薰科長要回答嗎？

醫審及藥材組張如薰科長

有關黑白螢幕部分，現在分區業務組所謂工作站基本上都是雙螢幕的概念，雙螢幕的部分就是在主螢幕上面基本上是彩色的，現在提到的黑白螢幕應該是所謂的副螢幕，因為審查 X 片或者是一些 Dicon 檔的時候會跳到另外一個螢幕畫面方便檢視，您提的這邊應該是一般來講副螢幕，因為這個部分主要都是場景的照片，需要彩色其實可以在原來的螢幕上面檢視。

主席

所以並不會沒有彩色螢幕的問題，分區業務組應該也都螢幕正常，意思是說你的需求不只 2 台，所以就是有不同需求，如薰科長說明這些硬體的資源怎麼樣來調配？

醫審及藥材組張如薰科長

不好意思，這邊因為我們分區也有來，理論上原來是有雙螢幕的，在審查上會有問題嗎？

主席

臺北業務組你們真的只有 2 台？

臺北業務組葉惠珠視察

帶回去問一下。

主席

剛剛吳享穆代表的代理人提到說用電子審的速度會比較慢，用書面審速度比較快，醫審及藥材組這邊意見怎麼樣？

資訊組龐君豫科長

資訊組補充一下，因為其實調閱這些照片或表格的話，不會在審查醫師調閱醫療影像 browser 去調閱。審查有 2 個螢幕，在主頁面細項裡頭打開那一張，其實讓審查醫師調閱醫療影像那是我們另外一套 browser，是我們系統特殊處理有特別將醫療影像嵌進 browser，但是這次調閱表格跟照片不會是在那一邊調閱，以上補充。

主席

龐科長君豫是我們資訊組的科長，剛剛在講不管是螢幕機台不夠或者是 lag 出現，這些我們都可以克服吧！只要你那邊說 OK 就 OK，對不對？如果說是為了趕時間，審查醫師要多來幾位，我們可以去支援那些硬體嗎？

醫審及藥材組張如薰科長

分區業務組其實有 4 個總額都在做審查，所以在區塊上有時候會做

一些交叉運用，這次因為是臨時性的，其實是可以在分區裡面做一些協調，讓資源充份運用。

主席

所以盧醫師你關心的不管是螢幕的台數或延遲出現，我們這邊通通都要克服，那就不細談了。

徐邦賢代表

不好意思，因為我們整個管控裡面包括了解各區審查醫師相關紀錄，請列席的楊文甫召集人來補充目前遇到的狀況跟克服的困難，謝謝。

主席

請楊醫師。

楊文甫醫師

剛剛劉醫師跟盧醫師、黃理事長，他們都已經講了審查端上遇到的一些困難，跟各位敘述一下申報端的情況，因為大家知道我們硬體 4 項及軟體 12 項，總共加起來 16 項，即使院所全部只報 C，大概會需要 20 到 22 張像片，如果有報 B 或有報 A，最高到 70 張左右的相片，署的資訊也非常貼心的幫我們設計，因為他知道我們不可能一口氣上傳那麼多的相片，所以在目前預計的操作介面上有分項，每一項傳了照片以後可以暫時存檔，也就是說院所不必一口氣

完成申報。

主席

不是吧！應該是存檔完整之後再一次傳。

楊文甫醫師

對，系統可以全部送完以後再確認，對院所端而言一定很可能沒有辦法一口氣全部報完，因為我剛剛說這個數量，可能今天中午休息的時候傳個幾張，可能趁下班傳個 20 張，很可能要分次才能完成申報。所以我的意思是在這個操作上退出來然後回到一般院所的健保申報，然後不用再回到 VPN 的介面來申報，其實對於一些中年以上的醫師來說，他們的數位邏輯並不是內鍵，並不像年輕的數位邏輯容易內鍵，就我所知他們現在在輔導尚未申報 SOP 費用院所的時候，其實這些院所對這個東西非常的陌生跟排斥，所以分會需要去輔導他們，同時能不能也考慮到申報操作的問題？允許我們繼續用雙軌，以上。

主席

雙軌剛剛大家都提了，所以在不得已的狀況是允許雙軌，我現在要跟大家報告一下，我們資訊龐科長那邊已經積極趕快把畫面設計出來，剛剛楊醫師你提的都是暫存之後再傳，沒關係，這個都是過程，我相信我們的資訊組會把 user friendly 的概念放進去讓大家

比較好做，另外一個就是雙軌是在不得已的情況下雙軌。雙軌的部分，玫富專委要不要說明一下配套？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

如果用 VPN 系統上傳，所有的檔案都會進 data base，都有案可稽，紙本的話，初想是院所填自評表紙本，所有需要的照片或表格就是黏貼於 A4 紙上，附件就是厚厚一疊，但是現在紙本受理剛在本署意見說明有講，受理是請院所寄到轄區業務組，但是在行政作業上紙本資料如果沒有鍵入 VPN 系統，且紙本送審比例達好幾十%的話，data base 就是缺了滿大一塊，所以允許雙軌的話會面臨的問題就是紙本數量不知道會多少？如果紙本申請案資料要透過 VPN 系統鍵進去變成電子檔儲存的話，所需要人力我們建議是由分區業務組受理，資訊組會在各分區開審查工作站，可以授權分會的人登進去 VPN 的上傳系統，按紙本登進系統裡面，本署意見第 1 項是這樣。簡言之，這塊的作業為紙本由分區業務組受理，在分區業務組工作站讓分會的人能夠把紙本登進去 VPN 系統，不然的話盡量鼓勵牙醫院所直接 VPN 上傳，直接變成電子資料庫，有利於後續實地訪評的背景資料。實地訪評的時候可以查看該診所有幾個感控設施或是流程，去實訪的時候會比較能夠聚焦、有效率的去訪查，以上先說明，謝謝。

主席

好，不過這裡是有點問題，就是說如果寄來是照片，我們要上傳成電子檔，就用 scan 嗎？對不對，那我們要準備 scan。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

如果都用紙本留存，不進電子檔，會少這塊作業，但是為求電子檔資料完整，還是希望能鍵進去變成電子檔，大家可以看下 1-52 頁這個畫面，這個畫面是經過牙全會內部共識的版本，我們就是照這個版本，設計出像臨 1-52 之畫面，就是每一項去勾選，自評也是勾選，點一下瀏覽，抓取 pc 裡面的照片，就可以附加檔案，每一項都是這樣操作，到最後按上傳。而且剛楊顧問有講，我們還允許在這段時間先上傳幾項照片或表格，可以先暫存，後續還可以接著繼續做，之前的都不用重做，在臨 1-57，最後分批次整個都做完，最後按確認上傳，我們這個系統還會做一個 check，然後會出 check list，最後第二次確認才會上傳，其實是很 friendly，還是希望牙全會能夠輔導院所儘量用這個系統上傳，如果是紙本掃描，因為掃描這個照片會變成黑白，不是線上上傳的彩色照片。

主席

君豫科長要不要補充說明一下？

資訊組龐君豫科長

如果在分區的話，是不是也可以用分區的影印機，用彩色影印機的功能可存成電子檔。

盧彥丞代表

我是想提供一個邏輯想法，因為今天這關過了，未必以後新特約未還是要先有書審，才能申請 VPN 嘛，那我現在的疑問是，未來新特約診所如果要申請 VPN 的，需要書審，請問一下這個資料是送給分會還是送給業務組去審出結果？所以本來業務組就是要有這條線去審核這樣的東西，應該要設計好交給我們怎麼做，現在就是書審的時候，新特約的條件會和現在不一樣嗎？

主席

好，我們這個討論完，新特約就可以比照了嘛。

盧彥丞代表

對，我的問題是新特約的檢核單位是業務組？

主席

是啊。

盧彥丞代表

所以回推來講，現在的檢核單位，應該還是業務組。

主席

窗口都是業務組，只是說你送來是紙本的時候，當然也可以紙本拿

去專審，但最後還是要建檔，存到資料庫裡面，那照片送來是彩色的，也希望存進去是彩色，所以技術問題我想我們的資訊組會去克服，但現在要跟大家討論的是人工的問題。人工的部分，是不是可以請審查分會的人來做這個事情，這是 extra 的工作，我們分區沒有人力去做這個事情，但是資料存下來以後就是一個資料庫。以後我們可能隨機要去實地訪查，就會知道當時院所自評都有做到，那我們去現場時是不是真的如你送來的照片去比對，所以還是得送到資料庫裡面。那我們現在要跟大家商量，我們同意單一窗口送到分區業務組，也以送到分區業務組的那天做準，這樣標準就統一了，對吧，接下來就進去專審，我們當然是希望送到資料庫裡面，那這一段的人力可不可以請你們審查分會的人派駐在我們分區業務組去做建檔，可不可以？如果做不了，你們公會要派人來幫忙啊，可以嗎？1 個分區都有 4 個縣市，你們有公會的人員，這是非常時期，你們的人來幫忙輸到電腦，至於技術上怎麼輸入，我們會後資訊組跟醫審組會跟你們討論技術問題，就不在這邊浪費時間，原則我們先討論確定這個工作可不可以請你們分會派駐人員來做，如果人力不及，就有公會派人來支援，這也是為了這一次專案，又不是永遠的，可以嗎？來，林醫師。

林代表敬修

我覺得這個有困難度，像以我們北區分會來說，我們裡面的小姐就只有 1 個，那這個 1 個都不夠，那要找地方公會，像我們新竹市的小姐，分區業務組在桃園，我們的小姐要從新竹到桃園，來回對我們來說就是一個很大的問題，她也不會開車，只是騎機車，那如果她坐公車去，來回時間就很久。

主席

來，謝醫師。

謝偉明代表

我的想法跟主席報告一下，其實醫師會去照相的照片都是電子檔。

主席

對啊。

謝偉明代表

紙本就要洗照片。

主席

送電子檔來好了。

謝偉明代表

現在的想法是說，早期我們在做媒體申報的時候，我們是用小小的磁片寄過去，然後就會在大資料庫，所以是不是可以設計一個離線的程式，讓我們下載到電腦裡面去，那我在離線的程式上，不在

VPN 上，難的不是在電子檔如何去產生，而是在電腦怎麼去上傳，上傳是大家都有恐懼感，包括我自己在操作的時候，也覺得總有問題，如果你設計一個離線程式到我們電腦裡面，那斷線之後，我到電腦裡面去操作，把該放的放進去，該連的連進去，然後照格式命名，放在資料庫了，就只缺個光碟了，然後這時候再寄過來，再有人去幫忙做倒入的動作。

主席

現在這個時候，還有人再用光碟嗎？現在，大部分的人都不用吧。

謝偉明代表

或者用電子郵件寄送也可以，就是說只要是一個離線的程式，我們把它包裝好了，到時候再做一個程式倒入，這樣就可以解決蠻多問題，那我想大家也不想洗照片。

主席

對啊！來，資訊組或醫審組。

資訊組龐君豫科長

其實這就是批次的作業流程，那當然不能說不行，就是我們再訂格式，這個批次的作業，你們裡頭欄位都要放對，當然我們先開，然後這些檔案或照片或欄位命名最好大家都 follow，但是如果 not ok 的話，那我們可能就變成這樣，其實這就是一次性的作業，那我就

再通知你們誰要再處理，那這部分大家會比較辛苦一點。

謝偉明代表

那可以做個預檢的動作。

資訊組龐君豫科長

當然可以，但我怕時間來不及。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

其實剛那個代表講的這個作業，線上的系統就是這樣，不要有恐懼症，系統登進去，畫面開出來，你就每項勾選，然後瀏覽以後，把本來想要附加的，像是用離線的做法，把照片點進去，一次點不完，可以分開做。

謝偉明代表

因為這系統一定要在診所的電腦掛著 VPN 做這件事情，跟我下載之後，在我的程式請人幫我做這件事情，對我差異性很大。

主席

好，請翁醫師。

翁德育代表

我想我們有些醫師對上傳有疑義，其實簡單講，設計起來的東西應該是像我們現在抽審 X 光片上傳一樣容易吧，對不對？所以如果上傳過 X 光的，應該是不會懼怕啦！上傳過 X 光的人應該都知道，其

實蠻容易的，這是第一點。其實我們現在本來就是全面 VPN 上傳，可是為什麼我們一定要堅持說用書面的，理由我跟大家報告一下，大家知道從前年開始，是我們全面感染管制，執行率只有 96% 多，我們有 3% 左右的院所未執行，最近這幾年我們一直用力 push 院所達到 100%，難免有很多資深的醫師他有反彈，這是我們一直不斷的努力的這件事情。那好不容易，執行率上升了，這些院所都很訝異，那我們跟院所說「歹勢，你以前做的那些，那我們現要全面書面審查，大家配合一下」，那如果人家問我，書面審查要什麼資料，用照片審查就好了；但現在不是，我們要跟他講說，現在要用 VPN 上傳，這些醫師就會有反彈。事實上跟我們有些隔閡，我們怎樣去教他，他就是不會，他的助理跟他一樣資深，也不會，所以我們要為資深的醫師開一條路，坦白講，我們這些幹部精神壓力很大，已經使盡手段叫院所做感染管制，那又要來一個書面審查，那院所會問，你這些幹部在搞什麼東西啊？那現又要用 VPN 上傳，我是覺得如果這樣全面性去做，在執行感染管制的順暢度會有影響，我想這點應該要跟大家報告；那第二點我要跟大家報告的事情，如果是書面審查，其實就跟我們一般抽審不是一樣嗎？東西就放到業務組，業務組開加審來審查，這邊都沒有問題，現在問題是有些照片，好像一定要存檔，是不是？為什麼一定要存檔，就算是要存

檔，我們分會及公會是真的沒有人力去做這件事情。要知道現在我們感控，每個公會的會務都忙翻了，老是在追那些東西，現在又要全面書審，又要加重負擔，對我們來講壓力太大了。

主席

你建議？

翁德育代表

我是覺得儘量把紙本、照片的比例減少，我們會來做這件事情，但是我們真的沒有人力去 support 這件事情，要到業務組去做掃描的動作，所以主要大家的疑義，因為沒有看到東西會怕，但是我上傳過 X 光，我覺得很容易，只要會用的人都一定會用，像我跟我的助理在討論這件事情，我說如果 2 個給你選，你們是要送照片或 VPN 上傳，每個都說 VPN 上傳一下子就好了，會用就很快，怕是有的院所永遠都不用又拒絕用的，以上。

主席

主委，眾說紛紜，現在該怎麼辦？

徐邦賢代表

我是建議說，如果可以的話，因為這個件數真得不多……。

主席

件數不多，你們駐點的人就可以幫忙建檔，而且資料又不是一天集

中來。

徐邦賢代表

因為現在目前為止，各分區會務人員人數有異，有些分區比較小，是不是能夠授權各業務組跟我們的分區人員做協調。

主席

可以啊，當然是協調，但是儘量是能夠，其實重點若能讓送書面的人變少的話，人力就沒有問題，怎麼樣讓送書面的件數變少是靠大家努力，但現在大家有無謂的恐懼，是因為沒有看到未來操作介面到底長得什麼樣子，感覺上看起來很難，但其實是很容易，那我們是不是一起努力，讓透過 VPN 送審的比例拉高的話，最後留下來不得已才送書面，送書面如何讓它留在我們的檔案，技術問題我們資訊組跟審查組會在想，最後用一個比較簡單的方法，不管怎麼樣，大家合力把資料變成資料庫，以你們分會駐分區的人為優先考慮，即便是不得已，它是先審再存嘛，對不對？我們先把重要工作做完，各分區再去討論最適宜方式，這樣好不好？儘量能夠讓我們審查工作順利進行，也讓你們的人力可因應，這樣好不好？原則是這樣，今天我們是討論原則，剩下細節我們不討論，原則上確定；接下來是新特約的部分，新特約還是得送感控資料，我們希望新特約院所不能感控未通過就特約，所以新特約院所在還沒有成為特約

前沒有 VPN，所以顯然是要有一條路，對不對？玫富專委？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

我們內部討論其實是有幾種 options，第一種是院所要來申請特約，是不是可以由牙全會比照這種書評或實審去做一個認證？到時候院所出具一張全聯會的證明，證明已經經過認證它符合感控，做為特約其中一項要件，分區業務組受理後就有一個認證的合格證明，這是第一種 option；第二種就是直接實地訪評就可以了，就不需要經過書面評核，因為院所申請特約，還沒有憑證。第三種是先送書面評核，之後再去實地訪評，總共有 3 種 options。

主席

現在新特約家數申請件數真的不多，一年大概 171 家，高屏 21 家，平均一個月大概 1 到 2 家，南區 15 家，一個月 1 家多一點；中區一個月大概 27 家，一個月 2 家多一點；北區 30 家，一個月 2 家多一點；臺北區比較多，78 家，一個月約 6 家。不然先通通牙全會你們去實地審，好不好？你們能不能去幫我們把關一下？剛剛玫富專委的意思就是說，你們就去看一下院所感控合不合格，出具公會、全聯會的感控合格的同意書，院所再來申請特約，那我們就先認，剛剛玫富講得好像這意思，這樣就不要再討論書審、VPN，未特約的院所也沒有 VPN，送書審也麻煩，可不可以請你們公會背

書？你們去實地訪評，1個月也沒幾家，頂多臺北分區5、6家，其它的1個月最多2家。

林敬修代表

請教一下，如果由公會去訪查院所，院所會覺得為什麼公會有權利來訪查？在法源的依據要怎麼安排去設計？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

就把它寫在這個感控方案裡面。

盧彥丞代表

其實有會員在講說，請問西醫診所是不是也是比照這個的規定？

主席

西醫診所現在沒有感控診察費。

盧彥丞代表

對，那他們現在說牙醫診所為什麼現在要出診察費？

主席

牙醫要全面感控啊。

盧彥丞代表

還沒簽約。

主席

對啊，所以院所要來簽約，就要合格。

盧彥丞代表

一般來講，西醫診所他們的審查，其實是衛生局在辦，因為西醫診所它們要成立的時候，就是要有所謂的感控規定，地方是由衛生局去審核的。

主席

可否考慮申請特約的時候，由健保署授權全聯會去做實地審核，我們就寫在感控方案，針對新特約的院所來申請特約，你就和健保署產生關聯了，就委託全聯會去檢查，假定感控通過，全聯會出具感控通過的證明，那我們就當成通過，可以申新特約，假定你們認為不通過，那我們感控這一項不通過，那我們就暫不特約，直到你輔導通過為止，這樣可以吧？

盧彥丞代表

我完全尊重長官，只是說我覺得假定我們要實地訪查的話……。

主席

我知道你要有憑有據嘛，那我們就委託你們去做專業的實地審查，這樣可以吧？

翁德育代表

我怎麼聽就覺得怎麼奇怪，因為院所不是要來特約嗎？那它的對象是署啊。

主席

對啊。

翁德育代表

怎麼會跟我們牙醫全聯會有關？

主席

由署委託全聯會。

翁德育代表

那委託在那裡？

主席

我們要寫在這個方案裡面。

翁德育代表

寫在這個方案裡面，可是這個方案是位階是在支付標準表還是審查
注意事項？

主席

就是感控辦法。

翁德育代表

它的位階是支付表還是審查注意事項的位階？如果它的位階不夠強
的話，我們寫對也沒用，萬一院所拒絕呢？那怎麼辦？

主席

你們要不要商量一下，新特約的院所由健保署同仁陪同實地審查，我們的同仁在，這樣可以嗎？這樣有沒有比較好一點？我們分區的同仁，因為一個月才1、2家而已，我們分區的同仁應該是可以啦。

翁德育代表

我是建議是這樣啦，因為人家還沒來特約就擋，我覺得實際上是很困難啦，但我們可以立個時間，比如三個月或半年，新特約一定就是直接訪查，若不通過，連第一個月都要刪啊，就是回溯，我的意思是說，如果我們現在還沒有其它的法源可以支持這件事情，那我們就退而求其次，反正你新特約，我們一定會3個月時間內訪查，那你就感控沒過就從第一個月開始扣啊。

醫務管理組劉林義專門委員

現在是說，1-6月是過渡階段，我們是7月1號以後就不會有未符合感控原則問題，因為連支付標準都要下架，所以我是建議現在可以這樣子嗎？

翁德育代表

這段期間是……。

主席

而且院所如果新特約後，在這半年內勾選我沒有感控，那它也特約

了喔，那怎麼辦呢？

徐邦賢代表

我覺得就是剛剛主席建議的，就是它在特約申請開始的時候，我們就由二邊都各派代表一起去實地訪查，因為就誠如主席所講的，一個月沒有幾家，整體人力上臺北區最多，其它分區也想說應該還可以。

主席

所以就這樣子，今天就把原則上確定，不要再改變；新特約這半年，我們也不希望新特約院所申請沒有感控的診察費，而且7月以後也沒有一般診察費可以申報，但一定要申報感控的診察費當然要跟事實相符，那當然要全訪對不對？我們是不是就確定，新特約一定要符合感控，然後那符合感控的做法，由分區業務組在申請特約30天內，會同公會專家一起實地查核，一定要通過感控才予以特約；假定審查不通過，我們就再延長一個月，輔導改善，這是全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法裡面寫的，改善到通過我們再特約，這樣有沒有意見？可以嗎？

謝偉明代表

假設它一開始感控通過就特約，那時間是不是往前追溯？怎麼追溯？

主席

30 天內是追溯。

謝偉明代表

因為我們遇到問題是說，有些院所會更換負責人，當時因為延續性，中間沒有空窗期，那就是說這樣一個辦法，將來會不會有時空問題，在這邊做個提醒。

主席

儘量不要影響新特約院所的權益，但是分區及公會審查這邊也要配合，那分區業務組有沒有意見？新特約的部分？好，可以。那醫管組這邊還有問題嗎？若沒有問題，那新特約就確定。再來是外展，上次有講，硬體的部分，一個點送 1 次就好，但是軟體的部分有個條件是，要去做外展的醫師，自己的診所就要先通過，所以要做外展的醫師是不是要趕快先送先審通過，院所通過後就可以去外展了；但是軟體的部分在臨 1-43 頁的部分，各位代表先看一下，第一個是完備病人預警防範措施，就是看診前詢問病史；第二個是個人防護措施，譬如說要戴口罩、手套、清潔工作服；第三個要消毒，治療台要消毒；第四個是結束後亦要消毒；第五個是完善的廢棄物處置；第六個是如果有紮到針的處理流程；第七個就是用完的器械具要浸泡和滅菌，對吧？這些跟外展醫師之診所也許是做一樣

的事情，可是到外展點有沒有照實做並不知道，因為現場是另外一個地方嘛，所以是不是每個去外展的醫師都要送一次，看怎麼確實做，對不對？如果是這樣的話，每一個外展醫師都要送軟體的部分，並不是只有一個醫師送就可以了，是不是這樣？有沒有不同意見的？來請，志成。

簡志成代表

不好意思，跟主席及各位代表報告，想先確認這次的實訪是針對今年的一次性嗎？

主席

當然。

簡志成代表

所以我們現在跟以後執行，每個外展對於這個感管都是一定要做，我們也要照這個完成 6%-8%的訪查執行率，所以我們應如何讓外展的地方更有效率的呈現符合資格的情況？而對於剛剛所提對於外展軟體的第 1-7 點，基本上診所都有。而且診所的規定還更嚴格，而針對這次主要是看外展的地點是否合適，若地點不合適，我們還去做，就真的比較不適宜，所以是可以聚焦在硬體的部分。

主席

為什麼？軟體更重要，軟體關係到病人。

簡志成代表

基本上軟體都是從診所帶出去的，像很多的報表也都是診所的報表，例外：廢棄物管理，診所有，外展單位也會有，外展單位的器械也是診所經高消滅菌帶出去，並不是在外展點再進行打包、消毒。

主席

我瞭解。

簡志成代表

因為這會造成困擾，譬如說一個醫師有 10 幾個外展點，那同樣的照片就要傳 10 幾次，那審查的意義是什麼？同樣的照片要看 10 幾張，審查的積極意義在哪裡？

主席

那你的建議是什麼呢？

簡志成代表

我的建議是說一個外展點，以醫療團的名義送一份，針對硬體的部分，審查表上的項目都要送；而軟體的部分，就列出醫事機構所有醫師的代號，再者診所送的書面審查，如果沒通過，那診所就不能申請外展。所以建議以醫療團的名義送件，決定是否合格，這樣會不會比較經濟、實惠又有效率的將外展單位的 SOP 呈現出來？否則

一個外展點可能有 10 幾個醫師輪替，同樣的照片、表單都要送 10 幾張，不曉得對於審查端的意義是什麼？所以若是以一個醫療團的名義送件，也較容易呈現是否符合規定，這是針對今年的一次性，就以這個方式呈現出來，而之後回歸抽查，該附的資料還是需要都附上。

主席

好，麻煩請專家學者協助我們。

何世章代表

原則上，若是都在同一個地方做的話，應該送一份就可以了。

主席

黃教授意見呢？

黃純德代表

何醫師的意見是不錯。

主席

陳院長意見呢？請 3 位專家學者協助健保署把關，對於簡代表的建議看法如何？好，也請問醫管組是否有意見？

醫務管理組吳科屏副組長

尊重專業的意見。

主席

那醫審組是否有意見？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

因為外展點也有一個代碼(類似機構代號)，現在就是要決定外展點是否要像一個院所一樣來送審，而且看起來好像有一對多、多對一的情形，也就是一個外展可能有好幾個醫師，也有可能一個醫師去好幾個外展點，所以還是要一起送，而且將來系統會再多一個外展點的頁籤，所以就可以透過這個來送書評。

主席

你的意思是說每個外展點都要送件的意思嗎？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

是。每個外展點都要照著這個表送件，但是送件的方式，照剛剛所提到的是以一個機構的方式送一次，還是各種排列組合每個都要送？

主席

你的主張是什麼？簡單的敘述出來就好。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

我們初步構想將外展點以一個機構的方式送件。

主席

這樣是要送幾次？若一個醫師去 10 個點，是要送 1 次還是要送 10

次？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

就是 1 個點送件 1 次。

主席

所以也就是送 10 次，而簡代表的建議是說 1 個人就要送 10 次，一直在重複送件。

簡志成代表

主席，不好意思，想請教這次是針對今年的一次性的做書審還是長期的？若是長期的，當然是照自評表上面每一個項目，每個醫師都要做到，我們去實地訪查的時候，也是照這個表查，而不是診所通過，外展點就通過。是因為今年針對書面審查，怎麼讓外展的地點有效率的呈現出來，所以才提出這個情況，否則像剛剛提到的一個外展點有 14 個醫師或是 1 個醫師跑了 14 個點，那審查醫師就會一直看重複的資料，這樣是不是真的可以呈現審查的效益？因為診所書審不通過，就不能申請外展，這是一直以來都以這種方式執行，而今年特別針對這項任務的特殊性，是不是可以有更有效率的做法？謝謝。

主席

好，請疾病管制署的代表是否有不同的意見？

衛生福利部疾病管制署黃少甫技士

沒意見。

主席

好，請安泰醫院的蘇院長。

蘇主榮代表

對於外展點的概念，我想呼應剛剛同仁的說法，每一個外展點就是一個診所的概念，該有的硬體設備及軟體的要求都必須要符合，也就是每個外展點都要各自送一份書面審查，這個跟每一個去的醫師是無關的，以上說明。

主席

所以蘇代表的意思是說去 10 個外展點，就要送 10 次的意思嗎？請林醫師。

林鎰麟代表

其實針對這個情形，我跟簡代表有討論過，剛剛簡代表所提的建議，也是我們部分醫缺代表的意見，所以是不是有可能跳脫自評表這個框框，因為譬如說一個醫師要去做外展，從 A 學校到 B 學校到 C 學校，再到 D 學校，同樣都是帶那一套，應該是要照診所帶出去的東西去 A、B、C、D 點，都是相同的一套東西，假如說要去外展的地方是沒有固定式的治療椅，所以連椅子…都要帶過去，有的診

所用的方式是自己開車載過去，有的是利用計程車送過去，所以是不是容許該外展的地方有自己的表格，也可以讓出去的醫師知道需要做到什麼，不要一直限制在這個自評表框框內，這個自評表算一算差不多需要 16 張照片，可是是不是完成這 16 張就說做到感控了呢？因為也不能代表他帶去的東西就做到感控了。診所那部分我是絕對尊重的，而至於每個區的外展點，變化實在是太大了，所以是不是可以容許有一個表格，讓全聯會跟外展單位溝通，再將這個表格送上去，因為填一張表跟填 10 張表是相同的意思，只是這樣很沒有意義。

主席

好，請問楊顧問的意見。

楊文甫醫師

事實上，我跟林醫師及簡醫師都討論過這個問題，其實外展表比較麻煩，因為外展的點比較複雜，很難用一個簡單的框架就將所有的外展點框進來，所以現在的問題，我認為是先討論「原則」，針對固定點的外展點，看是不是以一個點送件；針對移動點的外展點，都要送。

主席

也就是如果沒有固定點的話，每一個醫師都要送，若有固定點的

話呢？

楊文甫醫師

那就送一份，而至於誰送件，那就由外展點自行決定。

主席

所以如果外展點是固定點，合併軟體也是送件一次的情況下，就代表每一個醫師都會照相同的方式執行；而假定外展是流動式的，就每一個外展點都要送件，剛剛楊顧問的意思是不是這樣？

林鎰麟代表

假設一個點有 10 個醫師的話，這樣就會有 10 個一模一樣的檔案。

主席

可是要思考的是，對於流動點的感控是最讓人不放心的，因為那是最沒把握的。

林鎰麟代表

那應該要想說，只要 1 個點不合格，其他 10 個點也都不會合格，應該是這樣的思維。

主席

你現在的意思是診所是合格的情況嗎？

林鎰麟代表

對，診所是合格的情況。

主席

可是從診所出去就不一定了，因為外展點的環境相較不好。

林鎰麟代表

你可以讓他做 1 份就好，而且再加上還要求要上傳 VPN，依這種設計方式，不知道是不是每個點都可以達到。

主席

可以回診所再上傳。

林鎰麟代表

對，可是要上傳一模一樣的東西，假設 10 個地方，10 個地方都一模一樣的設備。

主席

有可能不一定相同，請醫管組科屏副組長。

醫務管理組吳科屏副組長

其實外展點在不一樣的地方，硬體設備就會是不一樣的。

林鎰麟代表

對，但我現在要表達的是不一樣的意思。

主席

硬體是一定要送。

林鎰麟代表

我先釐清一個點，對於剛剛的建議都是針對軟體，就是醫師可以管理控制的部份，為避免語意不清，就是說外展帶出去的東西就是軟體，經過檢查一次後，不管去那一個外展點都帶那一套，不太可能去不同的外展點帶不同套，但硬體的部分有牽扯到一個事情，就是說有可能不是定期去那個外展點，就像有可能上學期都沒去，到下學期才去，所以只要在他去的時候，一併拍照硬體設備後再存到設備，接著再上傳就好，硬體部分是可以到年底前完成，因為下學期是9月份才開學，所以硬體部份上傳部分會在10月底前完成，至於軟體的部分，就送過一次，就是將軟體跟硬體切開。

主席

硬體跟軟體上次討論後，就同意切開送件了，就是不管有多少人去，硬體部分就送一次，所以才會將硬體跟軟體切開。已經花很多時間在討論這部分了，針對外展部分主要的公會幹部要不要出去討論一下？請你們聚焦在一個方案，要該外展點的感控是值得信賴的，也麻煩蘇代表了。接著討論外展的時效，因為去的時間不固定，很難6月底前完成，所以放寬到年底了，這點大家都沒有意見。好，請醫管組劉林義專門委員。

醫務管理組劉林義專門委員

現在都是採書面審查，且2個時間都是壓在12月底前完成，若書

面審查不合格的時候，要再進行實地訪查，這樣時間是不是來得及？也就是書面繳交時間是不是要提前到 11 月底，這樣還可以有一點彈性時間，萬一書面審查不合格的話，還有 1 個月的時間可以安排實地訪查。

主席

好，大家有沒有意見？請黃醫師。

黃克忠代表

有可能外展的學校依序排下來，有可能排到 12 月，這種情況是很多的，因為如果一年去 1 次的話容易遇到這種狀況，而若是上學期去的，上學期就可以提出來了，這都是按照月排時間的。

主席

好，請問主委及理事長，應該如何解決？

醫務管理組劉林義專門委員

如果書面評核繳交期限和評核期限都在 12 月底的話，書面評核不合格，實地訪查就要在短時間內完成。

徐邦賢代表

我想既然已經有 11 個月可以準備了，醫師要到 12 個月才要繳交資料，他應該也要負一部分的責任，所以原則上還是說，如果他要 12 月才交資料，審查結果又不合格，他應該就要自己承擔這部分

的風險。

醫務管理組劉林義專門委員

那會建議就是說書面繳交期限，診所部分是3月31日；外展部分是12月31日，一旦超過這個時間沒送資料，就視同不合格了，是不是這個樣子？

主席

可以嗎？請如薰科長。

醫審及藥材組張如薰科長

請問剛才提到的資料繳交時間是12月，而評核時間也是在12月，如果資料繳交時間是12月31日，那來得及完成評核嗎？

主席

要把握住時間。

醫審及藥材組張如薰科長

這牽涉到醫師實地訪查的時間，因為會先來書面資料，所以有沒有可能那天實地訪查，當天就完成？

主席

應該12月要去的人，11月就要送了，還是去完後才送嗎？請問各代表意見。

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

主席，建議是要排時程。

主席

所以建議是什麼呢？

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

建議將審查時間往後延。

主席

好，也就是書面資料要在 12 月底前送件，評核期限是 1 月底前完成，這樣就很保險了，這樣可以嗎？我們就預留一個月的時間，這部分也沒有問題。接著對於第 6 點有意見要提出嗎？這點要不要說明一下？

醫務管理組劉林義專門委員

這個就是看他們後來討論的結果，因為本來是說針對每一個外展點都有 1 個號碼，那現在就是看他們討論出來的結果是如何。

主席

好，針對感控的議題，討論到現在也差不多了。請吳代表。

吳迪代表

剛剛提到書審送件的期限內沒有送件的話，就視為不合格，是不是？所以就是書審不合格，就要實訪，所以對於院所來說是沒有任何罰則的，也就是直接進到實訪。

主席

所以如果他不送，你們就要實訪，所以你們壓力就會很大。

吳迪代表

對，我就是要確認這件事情。

主席

但是你們一定要去實訪。

吳迪代表

對，這件事情是確認的，我們原本的思考點是，在對院所宣導時，去年的方案我們要求要在3月底前送自評表，沒有送自評表的院所，就不能申報感控的費用，這是我們的想法。而今天談到書審不送，概念是等同沒有送自評表，所以也就是不可以再申報感控費用，所以也就是沒有送書面資料，除了實訪外，也不能申請感控費用，這樣才有足夠的嚇阻性，要不然大家都拖時間，等著之後實訪，耗費了所有的人力在執行，這樣也無意義了。

主席

你們可以提出建議嗎？如果這樣比較有實力，我們也可以這樣要求，因為3月底一定要送資料，這點是確定的，假定有人真的都不送資料，那就表示不能申報了，要等到實訪通過之後才可以申報，對嗎？這也是一個辦法，請問其他同仁有沒有意見？

醫務管理組劉林義專門委員

文字是不是就改成說未於 110 年 3 月 31 日前受理者(以郵戳為憑)，不得申報感控支付標準，待實訪合格後，才得申報。

林敬修代表

之前內容是書審不過就實地訪查，訪查不過才會真正不得申報。

主席

你們的意見現在不相同，決定怎麼辦？各位代表是代表牙醫界，大家各自有自己的意見，我們應該如何處理？

林敬修代表

我講的是之前原來談的表格。

主席

現在決定這次應該怎麼執行。

林敬修代表

因為我們內部沒有決定應該怎麼做。

徐邦賢代表

現在是說 3 月底前沒有送，4 月份就不得申報費用。

林敬修代表

之前在醫審是有討論，可是在研商議事會議上沒有討論通過。

主席

因為吳醫師今天提出來，因為表示這樣比較有約束力，現在林醫師及吳醫師的意見不一樣，請問主委及代理理事長決定應該如何執行？好，依照吳醫師的意見，請吳醫師再講明一次。

吳迪代表

我們的概念是說就上次會議的架構，沒有強制請院所送書面資料，在沒有強制請院所送書面資料情況下，就會直接進到實地訪查，而110年還是6-8%的抽審，如果是這種情況，有些院所就會賭不會被抽到或者就賭實訪一定會合格，就不要做這些書審事情，那大家努力這麼多的意義就失去了，那既然方案是每一年再做修正，我們應該要用109年的方式去看，這就是一種自評表的概念，升級版自評表的概念，如果不做就不得申報。

主席

從什麼時候開始不得申報？

吳迪代表

就是3月31前沒有送件，4月1日開始就不能申報，比照去年的做法。

醫務管理組劉林義專門委員

所以如果不合格的話，一律會追扣到109年4月支付標準公佈的時候。

吳迪代表

那是實訪不合格的情況，我的意思是如果沒有送件，就不得申報感管診察費，而且要接受直接被實地訪查，而如果再不合格的話，才會被追扣。

主席

是直接追到支付標準公佈的時候。

吳迪代表

對，是這個意思。

主席

這麼做的好處是什麼呢？

吳迪代表

才會促使機構有動力去送審。

主席

這樣的話，臨 1-11 頁「110 年牙醫門診加強感染管制實施方案-全面訪查架構(草案)」就要修改了，流程表中針對「書面評核」的部分不能只區分為「合格」及「不合格」，要再加入「未送件者」的流程。再重述一次吳醫師的建議，3 月底前未送件者，自 4 月 1 日開始不得申報感控的診察費，並且直接進入實審，經實審不合格者，就會追扣到支付標準公布時，另經實審通過後，就恢復 4 月 1

日前也可以申報，是不是？

吳迪代表

對，就是實審過了之後才可以申報。

主席

那你們就會有壓力了，你們不趕快去實審，他就不能報。

吳迪代表

沒錯，我們也有壓力，但是要讓院所在 3 月 31 日前將資料送上來，這才是重點。

主席

相對而言，如果你們排不出人要去實審，他也會抗議，對不對？

吳迪代表

書審的結果只有「合格」、「不合格」，我們現在談的是未送件的。

主席

不送的人，就不能申報診察費了，對不對？但是你們要趕快去實審，可是若是你們拖了 2 個月才去實審，那院所這 2 個月都不能報了，所以這就會讓你們有壓力，這點要講清楚，可以嗎？主委及代理理事長，可以嗎？

醫務管理組劉林義專門委員

確定一下，若是沒有送件的，從 110 年 4 月 1 日起不得申報感控支

付標準，而且會進入實訪，對於不合格者，會追扣到 109 年 4 月，若是合格者，就自合格次月起可以開始申報。

主席

這邊是針對未送件的院所於方案再增列一條。

醫務管理組劉林義專門委員

對。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

上次主席決議有說要訂送審作業須知及系統操作手冊，同仁有跟牙全會聯繫，因為這個涉及專業，他們會訂評核輔導的作業須知，例如要輔導牙醫院所每項目要上傳怎樣的照片及注意事項等，因為這一塊涉及專業，也一併請牙全會協助訂定，我們這邊會訂系統的操作手冊，請確認。

主席

好，請蔡醫師。

蔡尚節代表(邱昶達代表代理人)

我是代表醫院牙科協會，今天代表邱昶達醫師，請問主席，我們是屬於醫院牙科，本來就有接受醫院評鑑，還有平常衛生局的感控督導，這個部分是不是可以與豁免？謝謝。

主席

請少卿技正說明。

陳少卿代表

上次心口司針對醫院評鑑感控條文有做一份各版本差異分析表，針對110年牙醫醫院評鑑基準草案、108年醫院評鑑、健保署感管方案及109年PGY實地訪查項目，總共4個版本提送給健保署，我初步看，感控的原則是很接近，但是實際在這12條項目裡面有好幾條是醫院沒有包含的，所以就是把這個議題提供給健保署讓大家可以討論，本司針對比對條文的建議，是認為醫院的部分也是要同步要提報的，以上說明。

主席

請蔡醫師。

蔡尚節代表(邱昶達代表代理人)：

主席，其實在這部分診所端、公會的幹部也要花很大的心力，還有各分區的業務組，是不是在這樣的期限內完成這樣的業務，會不會其實也是勞民傷財？其實大家都著眼在是不是有實地的訪查，事實上我們從地區醫院、區域醫院、醫學中心，醫院評鑑都有一天半甚至兩、三天到我們醫院這樣看，通常在我們醫院的牙科，的訪查的時間有時候是半天，有時候是兩個小時，通通都來看牙科的這個東西，不會只有看軟體的部分，事實上硬體也會通通都看，而且又有

分組，分組其實看得又更細，雖然評鑑條文如同剛剛少卿技正的說明，條文上面來講精神都有到位，但是可能格式上比較沒有辦法貼近這樣的情形，但是我們實際上在看都比這些還要更仔細，那有沒有可能在這樣的氛圍之下，可以讓醫院這一端先豁免？除了醫院評鑑之外，還有衛生局的感控督考，通通也都在這些條文裡面，事實上也可以把衛生局的條文在拿進來看一下，以上。

主席

可是剛剛你們的主管機關心口司的意見是，醫院還是要送。

陳少卿代表

我再補充一下，簡單來講，心口司做的差異分析表，基本上在醫院評鑑的這個部分，有關牙科部本身的良好通風空調系統這個項目，還有第 11 項的安全注射行為，然後還有完善廢棄物處置及器械浸泡消毒、跟滅菌後器械儲存這幾個項目，在 108 年以前醫院評鑑版本，這樣的條文都不是很清楚，以上說明。

主席

其實診所都要送了，醫院送的當然更沒有問題。

黃智嘉代表

我補充說明，在醫院裡面感控要聽誰，當然是醫院的感控最大，你剛剛講的這些東西，其實醫院的感控早就刁過了，而且醫院的整體

設備，通風設備醫院早就做了，還有廢棄物處置那些，怎麼可能會沒有，感控都早就搞定了，這個東西你可能搞錯對象了，不是醫院的牙科，應該是要把這個公文送給醫院的感控，讓醫院的感控親自來看，醫院的感控他覺得 OK 了，醫院的感控小組最大，牙科也是要聽感控小組的，可是你把自評表丟給牙科寫一寫，可是送出去還是要經過感控，他還是會回頭來問我說這是什麼東西，因為你公文沒有下到感控那邊去，牙科會更尷尬。

主席

所以你的建議呢？

黃智嘉代表

就是把公文給醫院的感控小組，醫院的感控小組是最嚴的，是按照西醫的標準，他來看過說 OK 就 OK 就不用上傳了，而且每年醫院評鑑都在看，你這個條文讓他也有收到，那他就按照裡面條文 review，這樣就 OK，那就不用上傳了，何必多此一舉，謝謝。

主席

還有嗎？請劉醫師。

劉振聲代表(吳享穆代表代理人)：

我是高屏代表，我大概補充一下，我覺得大家方向都搞錯了，在醫院感管部分，每隔兩年由 CDC 和衛生局考核，在過往是每年都看，

我不認為在評鑑的條文著墨，這才是重點，我覺得是 CDC 跟衛生局每隔兩年來感控查核，那個部分才是主要重點，要不要把它放在這次的表格裡面，這個議題就是很單純。我覺得這個討論太久了，要不要就這個事情趕快解決，以上。

主席

醫院的代表還有其他意見嗎？主委及代理理事長在醫院的部分，這邊有什麼意見？

徐邦賢代表

我們尊重主管機關，不過就實際上在醫院的感染控制的確是我們的模範，如果現在要醫院送書面評核資料，的確是有點多此一舉，我們是希望在這一次世紀大審裡面，在一般 6 到 8% 的抽審，他們也會抽到，只是在這次的世紀大審裡面，他們還是不能夠豁免，這是以上我們的想法。

主席

那可不可以豁免，你覺得呢？

徐邦賢代表

我的意見是可以豁免。

主席

請問代理理事長，你們兩位都背書了，代表他們感控沒有問題，是

嗎？

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

今天是這樣講，我們這次的目的只是讓他們自己檢視，如果平常在 CDC 的檢查有通過的話，在標準上面他們是在我們之前 1-2 年。

主席

可是醫院評鑑沒有我們方案完整。

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

不是這樣的，這個條文重點會略有不同，比如說他們的作業一人一機這件事他們早就在做了，所以我認為，如果我們希望藉此提升感染管制的作為，那醫院就不用送了。

主席

醫院不是重點，診所才是重點。

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

是。

主席

如果是這樣子的話，醫院的部門你還是有一個風險，將來你被抽到實地審查如果不合格，你就一律追溯到 109 年 4 月 1 日。

黃智嘉代表

所以醫院的感控小組他負責，這個條文要給他們。

主席

我的意思是先跟你講這樣，因為你們爭取這一次可以承認，因為未來每一個人都會被隨機抽到，抽到的時候合格都沒有事，如果不合格的話就都要追溯，你們沒有問題嗎？

黃智嘉代表

所以這個條文一定要進到醫院的感控去看，醫院的感控一定要瞭解知道公會有一個版本在，這個差異性醫院的感控一定要先了解。

主席

請蔡醫師。

蔡松柏代表

想請問醫院的外展單位要不要送？

主席

外展是一定要送的，現在講的都是本院。

蔡松柏代表

外展單位要不要送？

主席

現在講的都是本院，本院才有醫院評鑑，那都同意囉，醫院就都確保感控都沒有問題，因為醫院都一直在評鑑，基於今天的會議，主委、理事長也都支持，是不是其他代表有不同意見？好，請心口

司。

陳少卿代表

剛剛代表的意見是醫院也有去一些機構或是到宅的部分。

主席

這部分當然要送，現在就是醫院本院的部分今天為什麼不用送的理由是，評鑑都已經在做了，這一次就暫且先承認，因為這些都是合格的，但是並沒有被排除以後被隨機抽審的機會，一旦隨機抽到，如果實審不合格，跟診所的權益是一樣的，就是會追溯，有沒有意見？

黃智嘉代表

我的意見就是你這個文一定要給醫院，你不審沒有關係，但是要會給醫院的感控，一定要讓感控知道我們現在有新增這個規定。

主席

這個部分請蘇院長。

蘇主榮代表

因為醫院裡面有管委會的感控小組，這個感控小組負責全院所有的感控作業，都是由感控來做指揮官，所以感控在每一家醫院的地位都是很高的，而且他們的要求都非常的龜毛，而且也很嚴謹。所以我們的認知是我們必須面對 CDC、地方政府衛生局的訪查，還有面

對評鑑的條件，幾乎每年都會。剛剛我們醫院代表的要求是如果可以的話，心口司的這份文，就發給各個醫院的感控負責的窗口，他自然就會回頭要求他所屬的牙科，一定要遵循這樣去處理，這是他們的責任也是一定要做的事情。但是剛剛心口司有提到一個問題，剛剛在討論外展的問題，有些是醫院裡的醫師出去做外展的業務，那我們剛剛也在講外展的醫師，如果醫院願意給他豁免，認同這些醫院是已經合格的意思，這樣在醫院服務的外展醫師，是視同同意的而且合格的。

主席

但是他去外展之後，外展點還是跟其他人一樣，外展點他要送的都一樣，只是視同診所，醫院自己要做外展要事先通過感管，只是在這個地方一樣，剩下都跟診所一樣，這個應該很清楚對不對，好，這樣就是差一個，健保署應該行文給有設牙科的醫院，把這些感控的東西還有未來…。

黃智嘉代表

等一下，不是只有設牙科的醫院，而是所有的醫院都要給他。

主席

有設牙科的啊。

黃智嘉代表

因為醫院可能以後會設啊。

主席

可是我們現在只針對有設牙科的院所。

黃智嘉代表

你現在有醫院就先給他呀，以後他如果設牙科，醫師也是需要受教育的。

主席

至少我們現在有設牙科的一定要行文給他，至少是這樣，好，醫管組這邊要記下來，那是不是大家就都同意了？沒有意見了，那這個案子要結束之前，外展有答案了嗎？請簡醫師。

簡志成代表

主席還有各位委員跟大家報告，我們先提出我們的建議再看看大家的想法是怎樣，基本上我們就是回歸大家的意見，外展就是以點來計算，每個點送一份，這個意思就是軟硬體都送一份，硬體也送一份軟體也送一份，不管這邊是幾位醫師去，如果今天這個點是多位醫師去，軟硬體還是都送一份，就是由醫療團來送，不是說個別醫師送，當然下面要註記這裡面有那幾位醫師去，過就全過，不過就全部不過，就是這樣的情況。只是這邊可能要跟曾專委講一下，外站的醫療服務機構代號他不是醫療服務機構代號，他是健保署完全

找不到代號的，他是我們報備的代號，他報備的代號有可能會遇到幾個狀況，這是我們在實際報備用的，一個點有多個代號或一個代號多個點，所以這個部分你們要怎麼設計可能要麻煩一下。但是我們會建議，外展點畢竟終究不多，一個點多位醫師的話，是不是就以接受實體件為主，不然你到時候又要聯絡到好幾位醫師，因為我們已經整合為一個點一件，到時候又要來拉醫師為主軸，這又會扯到後面的問題，既然是今年一次性的任務，因為外展全國沒有幾個點，因為一百多個點，加在各分區其實沒有幾件，這個部分是不是可以接受一個點多位醫師？那一個點如果只有一位醫師的話，就視同為那個醫師自己併送，如果一位醫師去很多的學校或很多點，那硬體看他去幾個點，就送幾件，軟體就送一件，例如某一位去 10 間學校，我硬體就送 10 張，但是軟體只要送一份就好，不需要我也送 10 份軟體，因為我們就是一位醫師去，那一位醫師去，他是要 VPN 申報或書面申報就由醫師自己來決定，只是資訊要如何勾稽他這不同 10 點，這是另外一個情況。再來就是流動的問題，流動我們目前統計了一下，現在在外展會有巡迴醫療車，巡迴醫療車不管去幾個點，反正他就是那個車，所以只要送一張就好了，那個車如果是一位醫師就送一張軟體一張硬體，如果多個醫師也是送一個硬體一個軟體，因為他就是共用硬體軟體，至於這個排列起來會

產生很多組合情況，我們是建議，這些都是特例不是常規的，在今年就可以接受實體件，為了這些要設計代碼 VPN 那些，真是曠日廢時，也不見得大家上傳的處理都很好，也會牽涉到排列組合的問題，我去 A 單位、B 單位，是那些單位對應那幾位醫師，再加上 VPN 上傳會造成一些故障，這些可以實體件來送，這是我們剛剛整合出來的報告，不知道大家的看法是怎樣，謝謝。

主席

好，大家的看法是怎樣，可以嗎？看起來你是以醫師為中心，不是以據點為中心，你剛剛又說一個醫師去 10 個點，同一個硬體跟軟體。

簡志成代表

一個醫師去 10 個點，就 10 張硬體。

主席

那還是以醫師為中心啊，醫師來報。

簡志成代表

那是因為只有一個醫師他來報。

主席

一個點如果多個醫師他到底要報幾個。

簡志成代表

如果一個點多個醫師那就是醫療團的概念，就是醫療團來報。

主席

那就不是以醫師為中心，那就是以點為中心。你到底是點為中心還是醫師為中心？這要講清楚。

簡志成代表

我還是以點為中心啊。

主席

你要講清楚，因為你剛剛的敘明還是以醫師為中心啊。

簡志成代表

剛剛的意思是說，這 10 個點都是同一位醫師去我們應該要怎麼送。

主席

那一個點有 10 位醫師去要怎麼送？

簡志成代表

如果有 10 個醫師在一個點，就是送一張軟體一張硬體。

主席

這樣你是以一個點為中心，你如果是以醫師為中心，如果一個醫師去 10 個點就要送 10 次，不是送 1 次，你觀點跟邏輯要講清楚，到底是以點為中心，不管多少人來我都送一個硬體一個軟體是這個概

念，還是以一個醫師為中心，我去幾個點都只送一個軟體，這是不一樣的意思。

簡志成代表

因為他的特異性在這邊不一樣。

主席

因為你講兩次都不一樣。

謝偉明代表

我們大前提是以點為中心，每個點一定要送一份硬體一份軟體，所有的醫生去都是用這套。但是有特例，就是那個點就是一個醫師，那個醫師去很多點，我們希望他那些點硬體還是要送一份，跟原來邏輯一樣，但是軟體就不要那麼多份了。

主席

請你自己再想清楚，因為你只有一種說法，我用點為中心，我只要送一個硬體一個軟體，不管這裡頭有多少醫師去，我都只送一個硬體一個軟體，這就表示我不管有多個醫師來，我都是照這樣做，只有這種說法。你剛剛又說特例，沒有特例，只要有一個點，都要有硬體軟體，就是這個意思，那一個醫師去 10 個點，那他的 10 個點都有人送一個硬體一個軟體。

謝偉明代表

確實已經有發生了，在花東地區很多的點都是只有同一個醫師去，他都沒有任何其他醫師去，那他可不可以不要送那麼多張軟體。

主席

不行，那你就破壞原則了。

謝偉明代表

所以我才說有這種狀況啊。

主席

你要以醫師為中心，或是以點為中心，沒有特別的。

謝偉明代表

那我們就按照主席的意思，一個點就是一個軟體一個硬體，謝謝。

主席

這就最簡單了，一個點如果很多醫師輪流去，他還是只送一個軟體，因此我們假設他送來的軟體部分，是所有的醫師去那個點都按照他那樣做，而且去的醫師帶的東西本來就是消毒過的，都是合格的院所出去的。假設未來外展點隨機實地審查不合格，沒過就所有醫師全部扣，要先講好那個後果，大家現在想要省事，那以後外展實審不通過，是不是每個醫師就通通不通過，你就要這樣子 trade off，要不然就是每個醫師都送，自己保障自己，不然你現在怕麻煩，好，我也可以同意你，同意的背後就是假設為，現在簡化成送

一張，也不知道那張是哪位醫師去的，大家都照這個做，假設以後這一點實審被抽到不通過，這一點所有的人通通都要扣，大家能不能接受這個結果？就看你們，因為簡醫師一直要簡化，那最後沒有通過，是誰的責任，你們不同意的話那就繼續討論，要不然我們也沒有辦法繼續往下走，我看簡醫師也一直搖頭，他不同意。好，我們這一點就保留暫時不討論了，接下來我們這個案子就討論到這裡，大家還有沒有不同的意見。

王斯弘代表

我想再請教一下，這一次會實地訪查的院所嗎？因為書面上送審為合格就是認定為合格，因為 111 年就會以 6-8% 的比例去抽審，因為這種比率有可能 10 年後才會被抽到不合格的話，那他就落到那個不合格的區域去了，到時候追扣的原則應該是這樣子。

主席

對，以後大家就是要感控合格，我們應該基本假設就是整體提升，不合格的院所就不要進健保特約，這 6-8% 隨機審機率也不知道會不會被抽到，就是要持續做感控，只是沒有人去給你 check，但自己要自我要求要做到。

王斯弘代表

其實我要提書面評核，跟實體審查還是有一點落差。

主席

這是不得已，還是要實體審？

王斯弘代表

可是將來有可能抽到是真的不合格，這會非常恐怖。

主席

這個規定就是要請各院所全部都要做到感控，所以書面審要如同實地審，所以我們才要留檔到資料庫，因為院所告訴我有做到感控，可是你實地去卻不是照感控 SOP，那就問題很大了，概念就是這樣子，要不然就是拜託大家都去實地審，因為就是大家都做不到才會改為書面評核，而且大家又要申報感控診察費，因為不得已只能大家互信，背後一個道理就是請持續做感控，這樣就名實相符了。而且我們 7 月以後就沒有了一般診察費了，就是表示大家都要做到感控，要不然病人不知道要去那一家院所看病，也不知道那一家感控做得好，這樣很危險，可以嗎？

王斯弘代表

同意，我只是提醒將來不合格可能…

主席

這個問題很大，麻煩大家宣導，這一點大家還有沒有不同意見，好，都沒有不同意見了嗎？那麼醫管組、醫審及藥材組、資訊組、

分區業務組都可以了嗎，好，我們這個案子除了保留的部分外先確定了，我們就繼續往下走，我們進到下一個案子。

(討論外展部分未完事宜於頁次 113 頁繼續討論)

討論事項第一案(原列第五案):修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。

醫務管理組陳依婕科長

請各位委員看今天發的補充資料，右上角寫的是第五案的補充資料，我們現在講的是牙特計畫的特殊醫療網，在社區醫療網照護的這個案子，首先說明牙全會提來的資料和上次討論不同的地方，然後也補充本署的意見。首先第一頁醫療服務提供者的資格，原先是有限雙和和陽大附醫這兩家示範中心，這次牙全會有放寬到所有參加心口司示範中心的醫院，都可以參加這個醫療網的計畫，除此之外，有說要結合同縣市鄰近至少 6 家的基層院所組成醫療網。本署意見是為了提高病人就醫的可近性，我們希望提升照護網基層診所數。接下來第二頁的部分，首先(五)費用支付與申報規定的這個部分，這次牙全會有修一些評估費的設計，(1)照護網的評估費為院內和院外，院內每次支付 1,000 點，寫說同一照護網的病人，限首次收案來申報，而且依病人身障的等級來計算加成的費用。如果是院外的首次評估費的話，是用論次方式支付，每次支付 1,553 點，一樣是限同

一照護網的病人首次收案的時候申報，不可以再申報病人身障的加成費用。本署的意見是這裡有提到首次評估費，院內院外這部分，有包括患者的行為管理、病人的口腔檢查、擬訂計畫、口腔衛教指導等等，為了要明確照護費的內容，建議把這些文字都修進我們現在的支付標準裡面。除此之外，在本署意見 3，評估費不要再按照身障等級再計算做加成，因為這是在做評估的費用，如果是治療的話，在牙特計畫都有說可以另外再做身障的加成。本署的意見 4. 因為兩個項目都有限同一照護網的病人，限首次收案時申報，所以建議增列(3)，同一照護網病人限申報照護網首次評估費，院內跟院外一次，就是不管院內、院外只能申報一次的意思。另外我們提到有關照護網內的轉診，接受轉診的院所，可不可以依照牙醫支付標準裡的轉診加成費用；如果不能再申報的話，也建議要增列規範。

接下來要提的是第 3 頁最下面的部分，3. 品質獎勵支付費用的部分，牙全會建議增列品質獎勵費用是 1,500 點，符合獎勵的條件是照護網內的患者，在當年度追蹤照護網的院所回診大於 3 次以上，就可以得到 1,500 點的獎勵，本署意見是，如果單純只看回診次數就予獎勵的話，到底病人得到怎麼樣的服務我們沒有辦法確定，我們建議是，前面評估費有講到要擬訂治療計畫，所以我們建議是以完成治療計畫，除了回診大於 3 次以外，應該以完成治療計畫的服務內

容才可以給予一定的品質獎勵費，如果那個治療計畫沒有辦法在一年內完成的話，也應該要訂有階段，要完成當年度應完成的治療計畫目標，以上是針對本次方案修正及本署意見的說明。

主席

這案有沒有意見？請簡醫師

簡志成代表

跟大家報告，針對這個署的意見，我們這裡就來做個回應，第一個第一頁所說我們希望建議增加照護網基層診所數，我們當然希望越多越好，其實我們這邊是寫的至少 6 家，不是說限 6 家，或許還是要提高到什麼程度，因為是第 1 年，所以我才會寫至少 6 家，我們沒有設高標，我們設低標，不知道這樣子是不是可以？

主席

低標可不可以再提高目標數？

簡志成代表

那要提高多少？

主席

你認為呢？6 家？因為這個案子的基本精神是對於那些身障的人本來就有計畫，在裡面照顧的人都已經得到照顧，這是要針對還沒有進來的人，但是可能他不知道如何進來或不知道如何就醫，等於

underserve 或者是沒有 serve 的那一些身障的人，希望能夠進來得到照顧，既然是這樣的話，個案其實是分散在你不知道的地方，如果你的醫療網是那樣的狹窄，對他來講他是不會來看的，太遠了、代價太高了，他都行動不便了，所以一定要更方便，否則所有的內容都是枉然。

簡志成代表

我們是可以提高 8-10 家，因為現在在執行的初階院所也沒那麼多家。

主席

你這樣子目的很難達到，那些現在沒有辦法出來的身障者，他出來也許就是有某種程度困難的，你讓他奔波在少數幾家，說不定他附近就有很多牙醫診所，他就不能去，只能去你這講的 6 家。

簡志成代表

所以我們寫的是至少 6 家，以目前來講有參加計畫的初階院所就沒有這麼多家。

主席

你要設想你的目的能不能達到。

簡志成代表

所以說怕說寫的下去，到時候變成這個網成立不了。

主席

你成立了又如何，成立了但病人都沒有辦法去看，目的也沒有辦法達到，不是有網病人就方便去，成立容易就醫難啊。請黃教授。

黃純德代表

如果說要至少 8-10 家，這樣子我建議是不是你前面那個分別結合同縣市，讓他改成說健保分區。比如說，因為我在高雄來講的話就不要限制在高雄，如果說可以到澎湖？

主席

那更不方便，同縣市都不方便了。

黃純德代表

有些地方會有更大的一個需求。

主席

如果說我們這個網，就說高屏好了，這個網有 10 家診所，澎湖的人要到這 10 家來看才算，你想可行還是不可行？若你放那麼大，你本來要同縣市有的也很大，只有 6 家診所還不知道在那裡？離我那麼遠，我是一個身障的人，需要家人帶我出來，我一定要到這 6 家才能得到身障服務，你認為這個是友善的嗎？非常不友善。

陳少卿代表

這個是要跟特需的示範中心的 7 家醫院結合？

簡志成代表

對，以那 7 家為主體。

陳少卿代表

應該是那 7 家所涵蓋的縣市，如果要同縣市的話，那不是在其他的縣市就沒有。因為現在我們就馬上遇到一個問題，前天那個基隆就說基隆都沒有這樣的計畫，所以當然他們就是跑到新北區這邊，所以我同意主席所講的，還是要用區域別的網絡概念。

主席

你想想看，沒有這個示範中心的縣市的立委來講的時候，那他所負責縣市的身障的民衆要如何辦理？它本來就是一個很困難事情，現在這個提案牙全會還提出了 4 次，本來還只有 2 點，現在是擴散到 7 點，至少從 2 點擴散到 7 點，有的縣市還只有 6 家診所，至少 6 家達標。

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

其實就現在的 7 家示範中心，他所在的縣市有多少個基層院說有加入特殊的照顧，那是一個問題，如果他現在已經有了，這些都不是問題，全部都應該包含進去，所以我們這裡寫的家數並不是一個，因為我不曉得真正的數目是在那裡，我相信他只要有就放進來了，所以主席不用擔心是不是家數就是這樣，但是其他目前沒有的，我們當然也期待未來能夠每個縣市都有，但是以目前來講有做這些教育、

在示範那個計畫裡面就這幾家，所以我們也沒有辦法一下子跨得很大，所以請容許我們在這個階段先試著從目前已經有一定的建置的單位，再擴充他的醫療上面的接觸點，這方面先做，那我覺得這個數值其實我們不是請大家往低標走，沒有，我們只是怕排除了目前還有做不到的地方而已，那當然他要改可以，我希望石家莊能夠進來，但是我相信那個數值不是決定在我們這裡訂的，而是決定在他有沒有加入示範中心的那一個網裡面，所以我想這一部分應該是還好。

主席

你寫在這裡就代表 6 家也是可以的。

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

是，如果說我們去看他現有的，再把那個數字寫上。

主席

因為你現在是供給面，需求面是分散在你不知道的地方，裡面供給面是這麼的狹隘，我請問那些人是弱勢，現在正常人要出來，他都嫌不方便了。

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

我們就請心口司統計一下各院所數在各縣市是有多多少，我們就訂在那個標準。

陳少卿代表

因為我們示範中心還是比較集中在北部，如果說臺北市的話，它底下是有 124 家在做特需的診所，這是健保署的資料，但是 124 家是不是真的有 outcome 出來有在做特需，還是只是因為去參加教育訓練，他就有這個資格，所以這個要請健保署可能要跑一下這個資料，目前在特需牙科醫療資源可能就是高屏區、雲林、嘉義些縣市，常常會有量能不足的，還有基隆與宜蘭，現在的問題就是心口司的計畫裡面有 6 個縣市是完全沒有醫院申請，其實對 6 縣市的特需民眾的就醫需求是問題，目前討論的這個版本的計畫，因為裡面細節我沒有看到，但是這邊如果只 focus 在同縣市的話，對於有一些縣市沒有醫院的，的確他們就會產生找不到資源的問題。

主席

所以這個就是這樣，其實本來我們這個供給是在的，你不要去強調醫療網供給是在的，不一定要有示範中心，各縣市也都有處理殘障的診所，你一強調醫療網，沒有示範中心的縣市問題就來了，可是明明的縣市就是有處理殘障的診所，你就要把他 wave 掉，說不是醫療網，就是很奇怪，你們的邏輯就很奇怪。你現在示範中心有 7 家醫院 7 個縣市，臺灣有 22 個縣市，要怎麼去解決這種這種供需的問題，不是給自己找麻煩嗎？而且你自己號稱醫療網，但醫療網那麼狹隘，你的低標這麼低，民眾也不方便，這樣子要怎樣去處理殘障人士就

醫問題，就是非常不友善的設計，恐怕你們要再想清楚，如果不想清楚，這件事情光是民意代表再來 argue，或者什麼，大家都吃不消，明明各縣市都有處理殘障的診所，難道是那些診所拒絕這些病人看病？是不是有這樣的問題存在？

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

院所應該不會拒絕，會有適當的轉診。

主席

是嘛，那已經有現成，那你應該是引導大家去願意看身障的診所去看病，而不是再弄一個網，但這個網絡好像沒有特別好，但是事實上如果示範中心只有 7 個，就代表說很嚴重的時候要到示範中心去嘛，那不得已的時候跨縣市也要送，對不對？那你現在好像跨縣市就不是醫療網，那不是更不好嗎？沒有比現在好。

陳少卿代表

補充一下，我們是示範中心有 7 家，但是有 23 家是一般醫院，就是有一個層級。

主席

其實示範中心與一般醫院均可以接受嚴重病人的轉診吧，對不對，進階嘛，那真的是很嚴重的要到進階，他跨縣市也得去啊，那也就更強調統一縣市的醫療網，若又拒絕跨縣市，這不是比原來的更不好？

沒講網絡都還好，一講網之後就變不好，反而是你要去廣告說現在可以接受的基層院所的點在那裡，如果有問題，他的第 2 階、第 3 階在那裡，這是全國要去宣傳，然後盡量讓第 3 階的院所越來越多越方便，這才是比較合理的安排，要不然的話，這個代理理事長彥廷看要怎麼辦，我看這個概念都很難實施。

陳彥廷代表(王棟源代表代理人)

現在都有了，但是現在還是有看到一些問題，剛心口司講的東西，恐怕還是得在示範中心計畫裡面去補足這些的付出，我們明確知道說即便那 20 幾個醫院也不見得都是進階的，所以請大家要說有提供未必代表他就真的能夠滿足目前民眾病情的需求，所以我們只是在講說，並不是我今天設了一個在某一個縣市，他就只能看這個縣市，在衛福部的規劃下，他其實是有責任區規範，而我們只是在講，讓這個鄰近院所的醫師，那這些醫師比較敢，因為我後面有 backup，多數醫師願意 join，我們在擴充供給面，我們想要做這個努力，如果大家覺得目前都夠了，我就覺得那也就夠了。

主席

擴充供給面本來就可以去擴充，沒有計畫都可以去擴充，因為你還沒有服務，你只是去講說誰跟我是 link 的，這個服務都還沒有產生，always 可以去做，我們這邊的專款是你要有醫療服務，所以你怎麼

樣去定義你的供給面，你可以再去想，譬如說你的初階、二階是不是要更堅強一點，然後你的 primary care 是不是要更普及一點，讓身障者更友善一點，這本來 always 每次都在做，我現在只是要講一個觀念，就是說現在據我了解，至少到我的資料庫，願意接受身障的診所就不是只有一個縣市 6 家，但是你現在寫一個低標 6 家，那就比沒有醫療網更不方便，因為你現在這個方案是要到你這裡醫療網來才算的，不是到醫療網都不算，不是更狹隘嗎？相對而言，要想清楚，如果我們的想法是這麼的友善，這麼的好，可是真正做下去就變得越做越小，而且不見得對身障者是友善的，就光是這一條要再考慮看看吧。

陳少卿代表

其實我覺得牙全會提出這個議題真是一個好議題，因為今年的立委，還有今年我們剛好收到了很多身心障礙，就是牙科的醫療資源無法在轉介跟供需這個部分提供我們國人滿足這個部分，我是覺得是還可以好好的再想一下，的確是，就是網絡上面要互相轉介是對同個案，當然熟悉度的牙醫師往上轉，或者是他回頭治療計劃 OK 了再往下轉，這絕對是一個好的觀念，我現在看到的是現在就是 3 個層級，就是在服務在身障的這個部份，有 7 個示範中心，23 家醫院，然後我們現在總共有 1,250 家健保特約診所，這些是特別就是願意

特約這個身心障礙服務這一塊，就是大概這三個層級的這個數量在這裡，但是我也坦白說我們醫院是沒有滿足每一個縣市都有這麼一家醫院的，就是現在有 6 個地方，6 個縣市是沒有這樣的，連一般醫院都沒有承接這樣項目，以上。

主席

從剛剛這個陳少卿代表提的這個數據，就可以知道你現在所提的計畫是多麼的狹隘，所以我看這個案子是不是再重新思考，要不然的話再往下討論，恐怕意義不大，也浪費大家的時間，這個主委彥廷，可以嗎？想清楚再來做，好，這案子就討論到這裡，那接下來。

討論事項第二案(原列第六案):修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲幼兒口腔健康照護試辦計畫」案

醫務管理組陳依婕科長

下一個案子，請看右上角是第 1 次臨時會補充資料，然後是 0~6 歲幼兒口腔健康照護試辦計畫，這一次我們就牙全會提的內容還有本署的意見，先做綜整的整體的說明，本署的意見是針對這一次牙全會有說要針對的對象是 0~6 歲的兒童，然後收案條件裡面分別定有不同年齡層齲齒的顆數達一定程度的才列為收案的對象，按照這次計畫定的目標是預計要照顧 12,600 人次，我們推估，這樣子平均一位病人，因為小朋友每年大概會約需要 4,762 元，這樣子的服務人

次其實大概只能夠照顧到全國大概 2% 0~6 歲的兒童齲齒，但為了讓更多兒童獲得相相關的牙醫療照護，所以還是建議全聯會這邊要重新評估這次訂的目標服務人數。

另外是關於收案條件的部分，剛剛有提到是依照不同的年齡訂有不同程度的齲齒顆數以上的小朋友才能來收案，這樣子的訂法其實跟當時一開始提到 0~6 歲的幼兒口腔健康照護比較接近於前端的預防齲齒，其實現在看起來這個方案訂定的內容是有一點轉型了，我們提到的意見是恐怕是無法發掘早期需要介入治療的兒童。請大家翻到第 2 頁的部分，我們其實也會擔心這個方案訂定了以後會不會有選擇病人的問題，那在(三)講到的是這次的照護內容裡面其實有包含幾項像是齲前病變的氟化物治療，或者牙周及齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護等等的項目，已經在我們支付標準已經列有項目的，目前像牙周暨齲齒基本控制處置是 180 天限申報一次，牙菌斑去除照護也是 180 天限申報一次，但看起來這一次計畫內容是想把可以執行的頻率提高，就是間隔的時間縮短變成 90 天就可以執行一次，本署的意見是就目前健保還有心口司已經給付的項目，不應該要重複支付，資源不要重複使用到同一個地方，另外原本我們支付標準就已經有 180 天可以申報一次的規定，所以原本在一般服務裡面其實就已經包含有上面這些的內容，建議是提高頻率的部分才由這個

專款費用來支應，原本的支付項目應該還是留在原本一般服務裡頭。另外(四)講的是這次訂有相關的品質獎勵指標，因為第一個可以被獎勵的對象是講複診達 3 次以後才可以來得到這個品質獎勵，但我們看到的是複診 3 次，可能最快一年可能其實還蠻緊蠻趕的，可能都要一年多才有辦法完成 3 次的複診治療，所以多數的院所可能沒有辦法在 110 年底就完整照顧到這個病人可以申報我們的品質獎勵的費用，所以如果這個計畫僅在 110 年有這個專款，如果明年沒有獲得這個預算的話，品質獎勵的預算來源可能要麻煩大家考量一下，以上是我們針對這個方案一些整體性的說明，以上。

主席

謝謝，有沒有要回應的？請那個林醫師。

林敬修代表

大家好，我們這次修改的目的，主要是要針對嚴重的狀況，所以不是上面講的 136 萬名 0~6 歲兒童，那我們是用那個蛀牙比較高的兒童，依照年齡、依照心口司他們的調查，每一個年齡層他平均的蛀牙顆數，然後我們用平均值的估算，我們依照心口司那個統計的標準，會納到計畫裡面大概只有 20 萬人左右，不超過 20 萬人，就是我們用收案對象的蛀牙的顆數，另外講說為什麼要早期介入，它本身就具有疾病，來加強他的照護、生活習慣，我們在之前的會議中討論過，

這可能比較符合健保的精神。另外第三大點我們也同意說原來就有給付的項目，因為原來給付是半年給付一次，我們計畫是要 3 個月的部分，多的部分我們也不會領。在計畫的設計半年次的部分是用原來有的預算跟項目，那在 3 個月的部分才會用我們這個計畫的項目。另外講品質獎勵的部分，這個也是我們一開始就考慮，計畫如果跨年度的話，可能這個預算就已經結束了，我們才會考慮說在第 3 次的時候醫師自己申報，那如果這個計劃明年終止，那明年就沒有這個申報項目，所以醫師其實已經第 3 次做了，可是已經沒有計畫的時候，自然他就沒有辦法再申報出來，也就沒有那個申報之後預算來源的問題，大概以上做的回應。

主席

收案條件從初案提到現在已經是第 3 次的改變，這次的改變看起來是針對齲齒比較嚴重的 0~6 歲兒童，已經不是潛在風險高的兒童，因為本來是從潛在風險的兒童一直退到現在已經是生病的兒童，是齲齒比較嚴重的兒童，所以如果是這樣，試辦計劃名字都要改，這第一個問題就是要思考了。第二個問題是，未滿 2 歲齲齒顆數大於 2 顆以上，請問 2 歲的孩子有幾顆牙齒？要到 2 歲才會有比較多的牙齒吧，那 0 歲可以嗎？0 歲有齲齒 2 顆了嗎？對啊，那你為什麼會有 0 歲呢？

林敬修代表

我們用統計數據來說。

主席

我想未滿 2 歲就是 0~2 歲，所以基本上不會有 0 歲吧，最多是兩歲，因為 1 歲的孩子有幾顆牙齒，5-6 顆，那要 5-6 顆中要蛀牙 2 顆，就很嚴重的，對不對？所以你是說這裡，因為你有 3 個收案條件，2-4 歲齲齒大於 3 顆，這應該是牙齒都長出來了，還蛀 3 顆以上；4~6 歲，已經有 20 幾顆牙了，蛀 5 顆以上的。我認為比較有問題的是未到 2 歲的幼兒。

林敬修代表

來源是照心口司是對年齡的統計。

主席

但是統計現在已經是變成收案條件。

林敬修代表

它的數字是統計的平均值，再高一點。

主席

沒關係，那個是心口司的統計。你現在是要把它轉到收案條件，那你 0 歲也可以收案嗎？

林敬修代表

他只要有蛀牙，就可以。

主席

對呀，那你這裡是不是要 2 歲以上，而不是 0~6 歲。

林敬修代表

所以是年齡加蛀牙要兩個同時存在，那今天他小孩子 0 歲沒蛀牙，它自然進不了計畫。

主席

如果他只長了 5 顆牙，他蛀兩顆就可以進來，只要他是 2 歲以下，他才 1 歲。

林敬修代表

但是他在那個年齡層來說相對很嚴重，今天 5-6 歲的小孩蛀 2 顆。

主席

1 歲的小孩，你真的要去給補牙嗎？

黃純德代表

基本上 2 歲兒童，如果說有 2 顆蛀牙，這個講起來算是嚴重的，因為通常我們從兒童蛀牙區域演變過程來看，2 歲到 3 歲是一個急速增加的時期，所以如果按照我們現在講的超前部署的話，是在 1 歲左右，就要趕快給他做一些衛教、預防的措施，這樣我們才能夠減少 2 歲到 3 歲甚至到 4 歲這個急速增加的這種趨勢，這個部分我想心

口司陳代表這邊應該有更詳細的資料，所以基本上我就覺得說如果在這個計畫裡面把這個衛生教育、預防保健的這些措施能夠加進來，那會更好。

主席

所以我們收案的條件要也要收到 4~6 歲有 5 顆以上齲齒？

林敬修代表

那就是以他的年齡來比齲齒算嚴重的，整個算起來有大約有 10 萬人。

蘇主榮代表

因為我第一次看到這個文，我有一些疑慮的地方，在這邊跟全聯會請教，因為我們應該是在國健署或者是我們的衛福部裡面，其實已經在兒童出生之後就會給他一本兒童手冊，在這本兒童手冊很明確的規範，從 0 歲到 6 歲，每半年一定要做塗氟這件事情，然後他在手冊裡面也很清楚，在塗氟的當下，牙醫師必須要給他做潔牙衛教，而且還要做口腔檢查，所以如果今天這個案子是在提這樣的事情，我會覺得是不是有點疊床架屋的概念？重複在做申請的概念，那如果說他們已經提拿到了這一份這個所謂的這個專案的這個費用的話，如果真的要做的話，我在這邊看到的問題是因為他有把對象要實施的地方，它有限制在好像只有 4 個鄉鎮，我覺得這也有問題，你執行的地點只有 4 個鄉鎮，可是全國的嬰兒潮，現在已經落入都是一

個交叉點的危機了，既然健康手冊都已經是全國寶寶都會到這裡，我也不建議應該有執行細節和示範的概念，至於他說他要強調說，它的收費標準是要這樣這樣，或者是說他必須要有高度風險的，母親或照顧者或者姐妹有一致，或者家長為中低收入，或者他每天吃三次吃糖，這個資料的收集都是蠻繁瑣的，而且也不是那麼容易搜到的，變成你每個病人，每個孩子進來，其實透過這個手冊就已經可以追蹤到這個孩子，那這個小孩子如果當下你發現他有任何的蛀牙的疑慮，就應該啟動所有的治療的計畫，所以我不太懂的這個計畫到底要呈現什麼東西，如果他想呈現的是要加強對兒童的衛教部分，其實好好的做那個手冊的部分應該就可以了，我們對兒童的本來就有一些照顧的標準，支付的標準都已經放到裡面，所以我是想請教全聯會，他們在提這個議題的動機是在到底想要做什麼，因為他回歸的是在初診這個診察費的提高，那如果真的需要這樣做，勢必應該是推動全國，全國應該從孩子裡面如果有發現這樣子的話，他的初診的部分來做一個調整，那我倒是可以同意一下，但是我覺得他如果是只有這樣去做，我覺得好像怪怪的，不是很合適，因為你要怎麼去找對象，還有收案的標準，可是當你有案子來到你手上，你發現收案標準才啟動初診的話，那我覺得好像很奇怪，你要針對那些孩子來做這件事情，那其他的孩子呢？

主席

謝謝蘇執行長，蘇執行長應該成為本案的專案審查委員。請林代表。

林敬修代表

謝謝蘇委員的建議，蘇委員看到的應該是之前的版本，中間已跟健保署做多次討論，如同委員所說現有的項目都有了，但半年的照護密度，小孩的蛀牙率仍然很高，故本方案是針對治療後還有很多蛀牙且在平均蛀牙顆數以上的孩子，治療縣市也放寬至全國，專注在急重度的孩子。

主席

蘇院長提的很有道理，目前兒童預防保健的塗氟屬於國健署業務，每半年執行一次，現在牙醫界建議要增加頻率，但執行內容又與國健署相同，會使預防與健保給付之治療界線又模糊？健保付到預防的爭議？

林敬修代表

會預防牙齒礦化的有氟化物，其使用方式有很多(如:吃的、表面塗的……)，本案使用的是用塗氟的且相當普遍，且收案群是針對有明顯蛀牙，使用後減少牙齒礦化，減緩蛀牙速度，只是屬於預防或治療，臨床上是很難界定，但是本案病患篩選是以嚴重蛀牙的小朋友為主。

主席

蘇院長手上是否已拿到最新版本?最新版本已將父母為低收入戶等社經地位刪除，純粹係蛀牙很嚴重的孩子，當然健康手冊裡面的事都做了，本案的整體概念只是因為嚴重所以要再加強一次。各位代表是否有意見?

陳少卿代表

國健署 7 次的口腔檢查是包裹支付的，現在應該不是牙科醫師檢查的(如:家醫科、新生兒科醫師……)，牙全會對兒童的調查發現為何 2-3 歲的小朋友蛀牙率大幅提高，經過兒童牙科學會之專業意見，可能因 3 歲以前會看到牙醫師的時程蠻晚，造成該年齡層蛀牙特別嚴重。

蘇代表主榮

我們醫院對於 0-6 歲兒童只要持著健康手冊來，如須做牙齒檢查會直接到牙科去做，並不是由家醫科處理，國健署是否規定由牙醫師執行可能要再予釐清。

主席

在場還有醫院的代表?黃醫師任職醫院的孩子如何處理?

黃智嘉代表

視該孩童看診醫師當場判斷，不一定全部都會到牙醫師這兒，尤以

現在少子化，我也很少看到小朋友。

主席

蔡代表任職的醫院如何處理？

蔡尚節代表(邱昶達代表代理人)

本院跟黃醫師說明的相似，若該孩童看診醫師有請牙醫師看，我們才得到，就我自己執業經驗，多年來很少看到這樣的個案。

陳文琴代表

我們醫院也是小兒科醫師看到孩童有問題，才會轉給牙科。

主席

所以並不是持健康手冊看健兒門診的孩童都會到牙醫師這兒看。

陳彥廷代表

其實我們也跟國健署溝通是否可以有健兒口腔門診，雖然有建議，但執行並不多，且與健保無關。目前本案規劃是超過平均蛀牙顆數的孩童，因為 2 歲以下小朋友有蛀牙顆數極少，但有蛀到就會很嚴重，對於這樣的個案，我們應該有所協助？若提早介入，恆牙可以長的比較好，減少未來矯正的機會，當然對於社經高風險的小朋友，我們還要再努力，目前是僅針對已經發生的個案，不要再惡化。

主席

本次的收案條件，已經改為蛀牙嚴重的小朋友，所以計畫名稱須適

度修正聚焦在嚴重齲齒幼兒，非一般幼兒，接下來對於嚴重度不同介入方式如何收案？從門診收案？還是透過轉介？

林敬修代表

我們的規劃是透過門診去收。

主席

這些人會來看病？因為門診收案是有看病的小朋友才收得到，而且若病人的醫師不收，個案也收不進來呀。

林敬修代表

透過門診收案對牙醫師比較容易，且須視病人意願後才收案，收案後的照護是以每 3 個月提供衛教、牙菌斑去除、塗氟，一年 4 次後再評估是否改善。

主席

所有牙醫師都可以執行？

林敬修代表

醫師要接受教育訓練。

主席

即使有病人，當醫師沒有接受教育訓練就不能收案？

林敬修代表

對。

主席

現在有多少醫師接受教育訓練？

林敬修代表

若本案通過後，牙全會儘快規劃教育訓練課程(含行政及衛教)。

主席

若願意受訓的醫師不多，致收案點就少，如果個案很多，就無法收案？

林敬修代表

我們還是希望牙醫師經過教育訓練後，再來收案。

主席

另外還有不要重複給付的問題，剛剛牙全會代表也回應 OK。

林敬修代表

是。我們會再來解決支付碼如何設計的問題。

主席

還有要討論品質獎勵的問題，請醫務管理組說明。

醫務管理組陳依婕科長

議程第 7 頁，本署說明 5「齶前病變氟化物治療」好像與心口司給付的「氟化防齶處理」不一樣，建議牙全會提出實證資料並就齶前病變氟化物治療新增診療項目；另外，這次初、複診治療牙全會都是建議

1,000 點，惟本組以其實際提供之服務內容現有支付點數加總為 800 點，故請教牙全會 200 點之落差原因為何？

林敬修代表

剛剛我有提到防止牙齒再礦化的只有氟化物，本案氟化物的處理與心口司確實是相同的，其他的方式並不普遍；另外，就初、複診建議 1,000 點，與 800 點落差是增加院所要完成紀錄表費用 200 點。

主席

氟化物治療如果跟塗氟一樣，為什麼不寫塗氟？如果是一樣的事情要不要名詞統一？

林敬修代表

塗氟有分氟漆跟氟膠，一樣都是塗氟。可以作名詞統一，我們不堅持。

主席

那就請全聯會回去統一文字，用不同文字讓本署同仁以為是不同治療，其實是一樣的事情嗎？

林敬修代表

對。

主席

接下來討論獎勵部分：請全聯會再詳細說明，我們對時間遞延跟定義

(包括新增 1 顆牙齒)上有點疑問，該如何定義。

林敬修代表

時間遞延是說如果明年沒有這個計畫就無法申報，自然就會終止。

主席

收案是 1 年內都可以收案吧?只要 3、4 月之後收案的個案，都不會有 3 次以上的複診。

林敬修代表

當初考慮到醫師要結束後再提出申報，這樣可以解決計畫有一天會中止的問題。

主席

狀況一樣，3 次複診中間間隔 90 天，照護期間至少 3 季。

林敬修代表

是 90 至 180 天。

主席

只要第 2 季收案的病人年底都達不到終點，如果第 2 年計畫中止，這些小朋友就沒辦法得到照顧，其實要交代清楚，這樣還會有人收嗎?而且收案後也不知道效果如何，這樣公平嗎?

林敬修代表

但是計畫目前就只有 1 年而已。

主席

所以要想清楚，第 2 季以後收案的醫師即使做得很好，年底前也沒辦法完成 3 次複診。這邊只是提問題，看起來會造成不公平。

林敬修代表

我們的認知是這是一個 110 年整年的專案計畫，111 年能不能拿到預算還不一定。

主席

第 2 季起還可以收案嗎？

林敬修代表

醫師自己看計畫也要有心理準備，如果年底前只複診 2 次，111 年沒有這個專案，那就自然結束；111 年如果還有這個專案，就可以繼續複診第 3 次再作品質。

主席

這其實是個問題點，提出試辦計畫的人要講清楚怎麼設計可以讓來參加的醫師獲得公平對待。如果教育訓練完再開始收案，時間大概也到第 2 季了，等於沒有任何一件可以走到 3 次複診，這樣何必設計第 3 次複診跟最後品質？大家都作不到第 3 次複診啊！

林敬修代表

沒有品質在裡面，醫師可能不行。

主席

可是都作不到第 3 次複診啊？

林敬修代表

明年可能還會有計畫。

主席

我不曉得明年有沒有計畫，結果都沒出來。

林敬修代表

可是所有的專案計畫都是這樣，我們假設第二年計畫會延續；如果不延續的話醫師也沒辦法申請品質的錢。

蘇主榮代表

我想提問，病人因牙痛或排定健康檢查(塗氟)來就診，小朋友可能已經冒牙了，還不符合收案標準例如未滿 2 歲 2 顆牙或 2-4 歲未滿 3 顆牙，也就是不嚴重的；以前病人可以透過健保常規的機制過來看，收案後啟動評估、衛教等等，家長來求醫的目的可能只有塗氟，沒意識到蛀牙的嚴重性，未來也不會因為蛀牙繼續追蹤。日後追蹤除非拜託分區業務組，不然很難追蹤下去，計畫設計上可能不太好，希望可以重新思考一下，本來支付標準表就在作蛀牙強的病人做初診跟複診的動作了，也包括衛教，計畫本身可能要再加強一下。

林敬修代表

我們原來設計的流程是，小孩不管什麼原因到診所看診，符合蛀牙標準後，診所、醫院進請解說，請家屬簽加入計畫的同意書，院所會負責每 3 個月把病人約回診；如果塗氟衛教等等照顧得很好，這期間蛀牙率應該不會增加，最後就可以領取品質獎勵金，如果病人都跑到別家院所就醫，申報系統也可以看小病人照護期間到其他院所補了幾顆蛀牙。

蘇主榮代表

你們的語病是平常在治療時每個病人都不是很認真看診，加入計畫後才認真收案照護追蹤，剛剛的語病會讓別人覺得如果沒納入計畫，牙醫師就不會好好衛教跟追蹤，感覺上不太對。

盧彥丞代表

修正一下，計畫是頻率性的評估，其實頻率性上每半年就夠了，每 3 個月複診評估其實都是在預先評估未來要怎麼作，也要收集數據，所以會用試辦計畫來呈現。過去我們的頻率設在半年，藉這個計劃來推廣，也希望看到每年看 4 次牙醫跟每年看 2 次牙醫，牙齒的健康上差別多大，受限於經費才會擇地區來試辦，比較密集的治療頻率效果如何，是不是以後可以推到全國。

謝偉明代表

補充說明，小朋友不舒服來看診，如果照顧得夠好其實用國健署每

半年回診的頻率也夠了，如果牙齒照顧得慘不忍睹，現行支付下我們沒什麼辦法請他 3 個月回來一次，只能看診把牙齒清乾淨，也不能申報費用，家長也只好換一家看看；今天想藉著這個狀況作一些改變，醫師增加照顧次數，家長也多付出配合一些，雖然愛心終究不能持久，並不是沒有這個計畫就不照顧病人，這邊可能要先說明。

主席

林醫師剛剛有提如果收案後小朋友到他院就醫，這樣怎麼評估結果？如果有跨院就醫，結果要算誰的？

林敬修代表

會從健保申報作事後評估。第 11 頁最上面也有考慮到齲齒治療在治療期間內自家或他家院所治療，如果醫師收案後照顧不周導致病人跑到其他診所治療蛀牙，申報紀錄上可以看出來；這個計畫精神有點像家庭牙醫師，密度要提升到每季 1 次也是依照 ADA 的建議，比較高風險蛀牙的照顧頻率要提升到 3 個月，低風險蛀牙頻率維持 6 個月即可。我們也試圖篩選蛀牙高風險個案來特別照護。

主席

第 11 頁的退出條件，病人歸戶後排除收案 12 件以下，如果收案人數達 12 件也不用退出，收案夠多的病人才去統計品質指標，包括計劃期間內複診 3 次平均 2 顆以上蛀牙或申報複診次數未達 3 次個案

數 33%者建議退出，這樣對嗎？

林敬修代表

是。

主席

這個精神是病人來時如果有 3 顆蛀牙，要先補完這 3 顆之後在進入
照護計畫，是這樣嗎？

林敬修代表

對，該處理的先處理完後再進入照護計畫。

主席

所以是先做評估，申報初診診察費，填補完所有蛀牙後申報初診治
療，如果有 5 顆蛀牙，填補也要時間，補完後才能做初診治療，這
邊有規定嗎？

林敬修代表

補完之後就可以做。

主席

補完之後就可以做，看起來沒有限制時間。90 天內為複診治療，就
是多一次，結果為品質獎勵，若有申報 3 次複診，即小孩在診所完
成 3 次複診，若第三次發現補牙小於 1 顆以下(含 1 顆)，都是給獎
勵費用 1500 點，補牙是自家及他家都算嗎？

林敬修代表

他家治療不算，只算自家。

主席

若到他家補牙呢？以事實來認定，還是有蛀牙，若蛀牙補牙不申報呢？還是可以拿 1500 點？

林敬修代表

不把病人保留在自己家是屬於比較例外的，在整個做完後再去篩電腦資料，做例外的處理。

主席

拿 1,500 點的條件是填補顆數小於 1 顆以下，這不含他家嗎？

林敬修代表

他家無法計算。

主席

誰說沒辦法計算？我們可以事後算。

林敬修代表

事後算會有做完 3 次以後，時間過了再計算補牙是否少於 1 顆，醫師就沒辦法做申報的動作。

主席

不是應該事實認定嗎？

林敬修代表

這樣也是可以，只是你們計算會有問題。

主席

我們有問題?還是你有問題?申報不會有問題嗎?

林敬修代表

經費會有跨年度的問題。

主席

每一件都已經跨年度，經過訓練真正收案都已經是第 2 季，把蛀牙都填補後再開始進入計畫，順利治療也要 1 個月，另外第 3 季、第 4 季收案的人，怎麼可能不跨年度?

林敬修代表

可以呀，併他家 1 顆以下。

主席

我們是說經過這樣的治療，他就不再蛀牙，至少蛀牙會變少，怎麼還分自家及他家呢?有蛀牙就是已經蛀牙了。

林敬修代表

這樣會變成類似品保款的概念，一段時間過了後電腦再去計算。

主席

當然是，如果院所隱匿不申報，這個人不在原院所看診，去其他院所

補蛀牙，也是蛀牙了。蛀牙的頻率要降低才是品質，不能再分自家或他家，對不對？我再問一下，0-6歲中，0歲沒有牙齒就不會有蛀牙2顆，這你說的是吧？等到開始長到有5顆牙，蛀牙2顆算很嚴重了，其他還沒有長出來，先把2顆補好，等一年之後長了20顆牙，要保證新長出來的也不蛀牙，精神是這樣喔。以後長出來的都不要再蛀牙，是嗎？這需要講清楚。

林敬修代表

為什麼要設計品保的目的就是在這裡，要盡量想辦法讓他不蛀牙。

主席

所以0-2歲是2顆，可能還沒長滿20顆牙就蛀牙2顆，跟2-4歲都已經長出來牙齒，蛀牙3顆，表示新長出來的牙齒以後都不要蛀牙。0-2歲長出來的牙齒有蛀牙，新長的牙齒也不能蛀牙，精神是這樣喔！

林敬修代表

對，不只0-2歲，這個計畫納入的個案希望是這樣，所以我們才認為達到這樣要求的醫師，最後會給品質的獎勵，不然照護照做，有蛀牙繼續補，這樣就不行。後面也會設計，如果補太多或別家補太多就退出，比如說醫師照護也做，蛀牙也補，但不領品保，但經由電腦追查把這些退出，跟我們要的精神不一樣。

主席

第(五)點在發生齲齒填補顆數自家+他家 2 顆以上或申報複診治療次數未達 3 次的個案數比率超過 1/3，這個是要退出?退出是這一次的錢都拿完了，才知道他要不要退出?

林敬修代表

所有東西都要做完才知道他做的好不好。

主席

所以大家都不要收滿 12 件就好了?只要不收滿 12 件這些都跟他無關，就可以永遠一直做下去。

林敬修代表

件數可以考量怎麼下修。

主席

基本上這些設計要想清楚，院所只要不碰就不會被處罰。為確保就去選擇個案，選擇家長配合度高的就先納入計畫，不管如何這也是人性，接下來家長配合至少讓孩子以後不蛀牙也是好事。就從這裡開始，不要用一個門檻，大家就不要碰那裡，反正參加的人也不多，錢也不是很多，大家都收的少少的，就跟牙周病計畫一開始一樣。

林敬修代表

牙周病是不好收，這個也不好收。

主席

對呀，不好收還要挑三揀四的收。

林敬修代表

像這個計畫最主要是照護者有意願要去幫忙的，最主要是照護者沒有意願去衛教，教你怎麼照顧那個小孩子。

主席

我同意，所以這個結果不會只有醫師的功勞，家長的功勞更大。

林敬修代表

所以才要設計一個同意書，家長同意 3 個月這樣做，你的衛教要這樣做，這不挑隨便的人照這樣做也沒有用，照護者是很重要的。

主席

所以有幾件事情回去要思考一下，第一個是假定我們接受了你們這次的收案條件那名稱要改。第二個是退場的門檻要再想一下。第三個是獎勵在第 10 頁，獎勵計算在發生齲齒填補顆數 1 顆(含)以下要含他家，事後算不可以讓他自己申報。若申報與事實不符，他先拿了 1,500 點，才發現雖然診所自己沒有申報，但這個孩子其他牙齒在他家診所所有填補，這就有問題了。另外要釐清，這裡沒有交待，原來計畫分 2 顆蛀牙、3 顆蛀牙、5 顆蛀牙，若 1 顆牙齒補完後可能其它牙面再蛀，這是原來補的其他牙面都不能蛀牙？那顆牙齒繼續蛀都不算。我們現在的補牙有分牙面，蛀牙補的是哪個牙面？這沒有紀錄，接

下來不能再有蛀牙，是補過的那一顆牙的其他牙面都不能再蛀嗎？

林敬修代表

對呀。

主席

但你在哪裡有紀錄？

林敬修代表

電腦申報不管蛀哪裡，申報出去就不行。

主席

這要寫清楚，這裡講的都是顆。

林敬修代表

不管蛀哪一面，都是顆，跟你講的意思一樣。

主席

如果我補了牙齒，之後其他牙面再蛀牙，這樣也算一顆？這裡沒有寫清楚。

林敬修代表

我們的認知是這樣。

主席

但文字沒有寫清楚。

陳彥廷代表

本來就是若在自家是不可能申報，在他家就會申報，那就不管是哪個部位。

主席

自家不申報但又蛀牙了呢？

陳彥廷代表

這個情況本來就是我們希望能避免的，但你沒辦法去查證。

主席

但是宣告的是不再蛀牙。

陳彥廷代表

是呀，所以要去查，但這個東西怎麼去查證？若都沒有申報出來，怎麼去查證這件事？

主席

所以這是要去研究的。所以意思是同樣一顆另外牙面的蛀牙是不算的？

陳彥廷代表

算，只要有出現就算。

主席

那就沒辦法啦？他自家就沒有呀。

林敬修代表

照顧不好就領不到，設計就是這樣子。

陳彥廷代表

有再出現就是有問題。

主席

來，我們請何醫師。

何世章代表

現在我們只算顆數，牙面就不分了。

主席

所以現在計算幾顆時，同一顆牙面就不分了。我意思是現在有蠻多漏洞是，希望不要再蛀下去，但我們不知道原來是哪幾個位置，要紀錄呀，現在就要從檔案分析才知道。

林敬修代表

別家或自家申報有填補就算，不論是蛀原來那一面或再蛀，只要有報出去都算，這樣訂的更嚴。

主席

如果是這樣，要寫清楚，只要有申報補牙，不管是哪一顆，是原來或其他顆都算，因為我們現在都用一顆、二顆在算，是哪一顆、哪二顆？

何世章代表

我建議用次數不要用顆數。

主席

這有道理喔，用次數。

何世章代表

後面假如又有蛀牙，將以前的費用全部收回來。

主席

何醫師講這個是對的，要聽進去。

林敬修代表

這個不行呀，別家的怎麼收回來？法規上沒辦法收回來，同意也沒有用。

主席

至少何醫師是說，現在沒辦法分，那至少用次數，不用顆數。只要有去補，不管是不是同一顆蛀牙又再補或者是另外一顆牙填補，都是補一次。

何世章代表

其實在文字上，我們牙醫界的認知就是你講的那樣。

主席

文字上我也贊成何醫師講的那樣。我們科長要講話。

醫務管理組陳依婕科長

我們業務單位補充一下，按照我們現在不管是銀粉充填還是前牙複

合樹脂充填等充填項目，在支付規範都有講到同一顆牙齒在一定期限內(乳牙一年內、恆牙一年半內)不管什麼原因再做的充填，都不能夠再申報。所以同一顆牙再蛀，在申報資料內看不出來。

主席

同一顆再蛀是看不到的。

林敬修代表

我們的精神，像剛剛講的，2歲的小朋友蛀牙2顆，其他還有18顆，我們的重點在未來，這顆補了在自家不會申報。如果再蛀自家不補就會跑到他家，他家就會從申報資料看出來。

主席

所以是次數嘛，次數比較好？

林敬修代表

次數及顆數對我們而言都是一樣的。

主席

看起來次數在我們統計上會比較明確一點。何醫師剛剛建議是很嚴格，再蛀牙不但拿不到1,500點，連前面的都要收回。他是比較嚴格，但醫師不會接受，覺得做了為什麼不能拿錢，只有拿不到1,500點，但不能前面都做白工。那就接受你們，這樣也算合理嘛。科長還有？

醫務管理組陳依婕科長

除了主席講的 4 點以外，還有 1 點要大家幫忙修一下文字，剛才提到這次專款增加的部分是頻率提升 2 次的部分，從現在計畫的文字看不出來增加的那 2 次是由這個專款支應。我們健保署會再跟牙全會溝通，看文字要怎麼調整才能符合我們現在的規劃。

主席

好，謝謝，那就文字寫清楚，還有沒有別的意見？如果沒有意見，醫管組還有沒有要補充的？醫審有沒有？分區有沒有？如果都沒有，那我們這次算比較完整討論，是不是再回去審酌思考一下，送一個修正版本過來？

陳彥廷代表

謝謝，剛才都是小幅度的修正，比如說名稱就改成「0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」這是小事情，自、他家這也是小事情。以品保的概念是事後去追，只要出現了就沒有品質獎勵。

主席

那我們現在到底要用顆還是用次？

陳彥廷代表

都無所謂。

主席

所以用次也可以？

陳彥廷代表

我認為用次可以。因為同一顆如果有 2 次，有可能二家都補這樣更嚴格。

主席

初診治療怎麼知道已經填補完了？這要如何看？

林敬修代表

初診治療因為不能填，填了就不能領品保。

主席

因為要把現有的填補完才能做初診治療，那怎麼知道填補完了？

林敬修代表

第一個是初診有口檢表，另外是醫師的心態，初診治療開始做到後來就不能再蛀牙了。所以醫師的心態一定會先幫你做。

主席

我的意思是如果蛀牙 2 顆，他沒有填補我們怎麼知道，怎麼知道他蛀牙 2 顆？

林敬修代表

有口檢表。

主席

口檢表是給誰？

林敬修代表

審查醫師要看。

主席

但不是每一件都看。

林敬修代表

現在健保申報都一樣。

主席

所以我們現在想像收一個 3 顆齙齒的個案，怎麼知道他現在有 3 顆蛀牙？或他沒有申報填補，我們就不知道。他是不是真的是 3 顆？如果沒有蛀 3 顆也申報，最後還要去查看有沒有第 4 顆在做補牙的動作，這個前面治療要如何確定？

林敬修代表

治療都會在病歷裡面，病歷要附口檢表，如果寫 3 顆，審查醫師在審查時，如果懷疑就照口檢表去算，由專審去審。如果懷疑口檢表與病人實際狀況有差異，那就要現場去看才有辦法知道。

主席

照這個意思，錢通通用完也是很多個案，怎麼去看？

林敬修代表

我們做的病歷，比如有牙齦炎，也是醫師寫牙齦炎就開始處理，醫師病歷記載有 3 顆，有哪幾顆，口檢表上面有哪幾顆，事後是可以回推的。跟我們一般書寫病歷的邏輯是一樣的。

主席

好，然後呢？

陳彥廷代表

原來的 12 件那個下修到 6 件？當然也可以說不要去管件數，只要不要超過一定的件數也是 OK。

主席

結論是什麼？

陳彥廷代表

就把那個拿掉好，把「排除治療個案數」整個拿掉。

主席

所以只要有收就納進來？好。因為這個最後就會變成平均，最後還是要去推動至少 1 家診所收 1 件，來湊業績，如果大家都不加入的話，以前牙周病就是這樣。一開始沒有人要做，後來要求每一家診所至少要收幾件。這個會不會重蹈覆轍？

謝偉明代表

牙統是因為行政作業上比較複雜。

主席

這個行政作業會不會複雜？

謝偉明代表

這個目前跟那個比起來少很多。

主席

可是一開始要記錄口腔狀況、風險評估這些。

陳彥廷代表

那個是我們之後品保款列入要做幾件才會有品保款。但我們這裡並沒有這些精神。

主席

我知道，那個也是為了要推動收案，若沒有人收的時候，再加一個條件，要不然品保款就收不到。

陳彥廷代表

我們就不設那些條件。

主席

所以這要拿掉，那還有呢？

陳彥廷代表

另外就是費用的來源我回去修文字。

主席

好，那個 1,500 點這個就是自家、他家都算。依婕這邊還有？

醫務管理組陳依婕科長

我再補充一個，在第 6 頁的地方，初診診察費在備註 3 有一年內不得申報全口 X 光等初診診察，但我們建議還是要增列備註 4，本項不得再申報牙醫門診診察費。

主席

可以嗎？好，還有嗎？沒有的話這個案子算是大家已經集思廣義討論，再把文字做修正。大家有沒有別的意見？我們這個案子就到這裡。接下來，外展有沒有答案？如果有今天就把他做個確定。有嗎？

臨時提案：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。

(接續討論外展部分未完事宜)

陳彥廷代表

因為花東那邊的醫師真的一個人支援很多區域，所以只是另外一個路徑，他們在硬體上都過，那幾個點只要寫出來就可以，那只是重複複製再上傳。

主席

現在準備如何？

陳彥廷代表

也就是說我們還是以點為單位，但是在 1 個人支援多點的情況下，

他主要是負責硬體的那部分，他的點都還是要到，只是減少行政作業。

主席

那個前提是一個人負責多點，而每個點都只有他。

陳彥廷代表

是的。

主席

若一個人去了多點，而每個點都有很多人，那是不一樣的吧？那就回到以點為單位，對不對？只有一種例外是，一個人負責多點，而多點還是只有他，那才是唯一的例外，其他的都是以點為單位。

陳彥廷代表

是，這個也是以點為單位，每個點都至少都有硬體，場地就在那裡。

主席

你剛才不是說一個例外嗎？一個人負責多點，他希望只送一個軟體及硬體嘛，你現在爭取的是這個？

徐邦賢代表

硬體只要有點都送。

主席

硬體都送，軟體只送一次，剛才在爭取的是這個？

陳彥廷代表

是。

主席

這個狀況僅限於他去的那個點只有 1 個人，才有這種狀況。但還有一種情形是 1 個人負責 3 個點，但 3 個點都不只 1 個人，也有這種呀？這種就會變成以點為中心，送一個硬體及軟體，對不對？不管要怎麼簡化，都是做一個假設，就是少送的那些都跟有送的那些一樣要做到感控。因為不想送怕麻煩，至少軟體送的那件我都跟他做的一樣。1 個人多點就是假設我這裡這樣做，那裡也是這樣做。1 個點有多人去，也只送一個硬體跟軟體，也是假設我送這個軟體，10 個人來都照這樣做。如果這樣的假設是成立的，那可以。因為你們爭取。以後外展點抽到去審，不管哪個醫師的，只要沒有照原來送的那個軟體這樣做，怎麼辦？那個醫師就一路扣錢？視同沒有通過？這個要寫清楚。現在要省麻煩，以後就比照辦。一個醫師負責多點，假設是到每個點都一樣做，假設後來被抽到其中一點沒有通過，做的每一點通通扣。哪一個代價高？要想清楚。

徐邦賢代表

目前外展沒有那麼的急，後續再思考清楚。現在牽扯醫療團體經營的問題，我很怕每一個都是 1 人醫療團，一個人代所有的責任。

主席

這是魚與熊掌，究竟要偏哪一邊？要省前面還是壓住後面？這要想清楚，不能2個通通不管。為什麼診所要求這麼嚴格，外展就隨便？病人就比較不受保障嗎？這個回去再想清楚好不好？我們來邀請這一位是蔡醫師。

蔡尚節代表(邱昶達代表代理人)

主席好，我是醫院牙科協會代表，有關討論事項第二案醫院牙科獎勵部分，我們同意牙全會的範本，是不是可以今天排案。

主席

現在沒有馬上要發放獎勵，眼前的事情要先解決。

醫務管理組劉林義專門委員

這個有時間壓力，3月底前要送，方案要先公告，外展點是不是3天內給結果？

徐邦賢代表

公告的內容外展點可不可以先沒有？再用補件方式或補公告，就如同牙特計畫內醫療網沒有過，其他的先公告。可以用這個方式嗎？

主席

現在爭取的是外展點不要同時公告？外展點的做法晚一點公告。

簡志成代表

跟大家報告一下，這個部分的確我們要統合一下全台外展點他們的想法，最後做一個共識，有些地方比較偏僻或沒辦法馬上做決定，是不是外展點比較沒那麼急，就晚一點公告？

主席

這樣可以嗎？診所端的先公告，外展點下一次確定後再公告。沈醫師？

沈茂荼代表(陳建志代表代理人)

聽到各位的意見，好像要把野戰醫院當成醫院來看？

主席

沒有，野戰醫院的標準是比較低的。

沈茂荼代表(陳建志代表代理人)

等一下，外展點要用診所的要求，我覺得很奇怪，如果要這麼嚴格要求，乾脆健保署把病人載到診所來。以雲林縣的例子，醫師越來越老了，門診外展的越來越少，所以再這樣下去，雲林縣會整個關起來。民代壓力已經來了，副議長在議會質詢我們有 2 個無牙醫鄉，醫師要去要蓋五星級衛生所，根本沒有醫師要去。

主席

為什麼？

沈茂荼代表(陳建志代表代理人)

我幹嘛去，我的診所絕對比那舒服。大家想想看，你要的是執行面讓

鄉親獲得基本照顧，還是要求讓所有醫師都縮起來。我想這是一個平衡點。巡迴點把他看成野戰醫院，就只有一個水準，麻煩給牙科一個喘息的空間。

主席

沈醫師，外展點感控標準已經是簡化級的，這一開始已經考量的。

沈茂荼代表(陳建志代表代理人)

我知道，但能不能在行政方面讓醫師更方便。

主席

所以你們研究結果？

徐邦賢代表

沈醫師代表基層的意見我們有收到，我們會納入考量。

主席

主委及理事長回去要把沈醫師的關心的東西，不要澆熄巡迴醫師的熱情，但又要保持一定的水平，基本的水平。好不好？我們現在已經5點半，就討論到這裡，大家還有沒有其他的案子？臨時動議有沒有？沒有就開到這裡。