

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議 109年第4次會議紀錄

時間：109年11月24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
干代表文男	干文男	陳代表少卿	陳少卿
王代表棟源	王棟源	陳代表亮光	陳亮光
何代表正義	何正義	陳代表建志	陳建志
吳代表享穆	吳享穆	黃代表克忠	黃克忠
吳代表迪	吳迪	黃代表純德	黃純德
吳代表明彥	吳明彥	黃代表國光	黃國光
吳代表科屏	吳科屏	鄒代表繼群	王斯弘(代)
季代表麟揚	(請假)	蔡代表松柏	蔡松柏
林代表敏華	林敏華	鄭代表信忠	鄭信忠
林代表敬修	林敬修	黎代表達明	黎達明
林代表靜梅	(請假)	盧代表彥丞	盧彥丞
林代表鎰麟	江紘宇(代)	盧代表胤雯	黃泰平(代)
邱代表建強	邱建強	謝代表偉明	謝偉明
邱代表昶達	邱昶達	簡代表志成	簡志成
徐代表邦賢	徐邦賢	蘇代表主榮	蘇主榮
翁代表德育	翁德育		
張代表維仁	鄧乃嘉(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、陳思縉

中華民國牙醫師公會全聯會

陳彥廷、顏國濱、楊文甫、
連新傑、許家禎、潘佩筠、
柯懿娟、邵格蘊

中華民國藥師公會全聯會
台灣醫院協會

洪鈺婷
洪毓婷、董家琪、許雅淇、
曹祐豪

中華民國醫院牙科協會

(請假)

本署臺北業務組

楊淑娟、王文君、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

陳永田、高浩軒

本署違規查處室

陳怡蓓

本署資訊組

李冠毅

本署企劃組

林佩萱、莊宛穎

本署醫務管理組

劉林義、蔡翠珍、洪于淇、
陳依婕、李健誠、楊秀文、
宋兆喻

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：序號 1(修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」
調升藥事服務費)繼續列管，餘解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：請社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於臨時會報告「109年牙醫門診感染管制全面訪查」之規劃，並以明(110)年7月前完成所有牙醫院所抽查為目標。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年第1~2季牙醫門診總額點值結算結果。

決定：

一、109年第1-2季採合併結算，各分區一般服務點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.97705762	1.04800715	1.03226246	1.03398848	1.02516492	1.15544332	1.00527089
平均點值	0.96260966	1.03471896	1.02854647	1.02825218	1.02207509	1.15234793	1.00522873

二、一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指109年第1-2季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。

三、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉。

二、一般服務預算以近3年(106-108年)各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第一季23.893298%、第二季24.695734%、第三季25.710569%、第四季25.700399%。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案。

決定：

一、洽悉。

二、110年會議時間如下，請與會代表預留時間：

會議名稱	第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1次臨時會
會議日期	3月2日 星期二 (下午)	5月25日 星期二 (下午)	8月24日 星期二 (下午)	11月23日 星期二 (下午)	12月7日 星期二 (下午)

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)修訂案。

決定：

一、洽悉。

二、修訂重點如下：

(一) 增列行政院性別平等委員會建議，會議代表任一性別不得少於三分之一為原則。

(二) 明列代表代理人及列席單位出席規範。

(三) 刪除與全民健康保險法61條重複之資訊公開相關規定。

三、研商議事會議代表應親自出席，如因故無法出席，指派順位代理人出席，請務必做到交班事宜。

四、俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。

五、有關中華民國醫院牙科協會建議代表增列2名一節，請牙全會表示意見後再議。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關增修「牙科門診醫令申報牙位、數量及限填部位代碼」之申報檢核邏輯，並於醫療費用申報暫付子系統(RAP)檢核，以提升申報資料正確性。

決定：因時間因素，保留至下次會議討論。

肆、討論事項

第一案(原列第三案)

提案單位：牙全會

案由：110 年度牙醫門診總額地區分配預算案。

決議：本案通過，重點如下：110 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用移撥，17.64 億元。用於下列 6 個項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元。
- 三、「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」移撥 0.8 億元。
- 四、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元。
- 五、「牙周病統合治療方案」分配 14.04 億元。
- 六、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 108 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

第二案(原列第四案)

提案單位：牙全會

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，請討論案。

決議：請牙全會針對未決事項提供相關資料於臨時會再討論。

- 一、新增診療項目「唾液腺摘取術(每部位)」及調升編號 90001C「恆牙根管治療(單根)」等 11 項診療項目支付標準點數案，請提報成本分析表之牙科助理每分鐘用人成本資料後再討論。
- 二、同意新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除-全口」(支付點

數 700 點)。請於審查注意事項內，提案增列牙醫師施行本項前，判斷糖尿病患者之方式。另本項施行一定期間後由本署進行回溯性勾稽，以確認病人曾於西醫就醫且確實為糖尿病病人，並提至本會議討論。

- 三、同意第三部通則五新增「高齡患者根管治療難症處理」得加成 30% 之規定；同意修訂 34002C「牙結石清除—局部」等 17 項診療項目之支付規範、90008C「去除釘柱」等 3 項診療項目名稱；第五章「牙周病統合治療方案」通則三增列方案治療期間內不得申報第三節牙周病學部分診療項目之規範，及修正附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之「感染管制診察費差額」文字。
- 四、配合 92093B 名稱修訂為「牙醫急症處置—每次門診限申報 1 次」，請檢視現行第三部牙醫診療項目名稱中如有「每次」者，併修訂為「每次門診限申報 1 次」。
- 五、90021C「特殊狀況—保護性肢體制約」放寬適用對象由「牙醫特殊醫療服務計畫」之「重度以上」身障患者放寬至「中度以上」身障患者。本項於施行 1 年後分析「重度以上」及「中度」身障者之申報情形。
- 六、同意「唾液腺摘取術(每部位)」暫不增列適應症，施行一定期間後再評估增列適應症之必要性。
- 七、另 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」及 92090C／92091C「定期性／非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療」，請確認支付規範文字。

第三案(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」，提請討論。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第四案(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」，提請討論。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第五案(原列第七案)

提案單位：牙全會

案由：「110年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」修訂案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第六案(原列第八案)

提案單位：牙全會

案由：「110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」修訂案。

決議：因時間有限未討論完成，保留至下次會議討論。

第七案(原列第九案)

提案單位：牙全會

案由：「110年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」修訂案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第八案(原列第十案)

提案單位：牙全會

案由：「全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項」附件之『4.提供時機之「根據電腦檔案分析指標擇出」及「各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經審查分會通過」』予以保留案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第九案(原列第一案)

提案單位：牙全會

案由：110年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第十案(原列第二案)

提案單位：牙全會

案由：因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

伍、散會：下午 17 時 45 分。

陸、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

109 年第 4 次會議與會人員發言摘要

本會上次會議紀錄確認

主席

各位牙醫代表、本署醫管組、分區業務組同仁、還有各位列席代表，大家午安，今天是牙醫門診總額研商議事會議今年的第 4 次會議，我看這個好厚的一本議程，甚至還裝訂成冊，所以代表今天要把這本讀完好像不是很容易。今天共有 7 個報告案，10 個討論案，非常的壯觀，事不宜遲，在開始之前我們今天要介紹 7 位新的代表，我們先介紹新代表再歡迎顧問級代表，第一位是代表全聯會的謝偉明醫師，歡迎謝醫師，再來是林敬修醫師，好，謝謝，再來是陳建志醫師，再來就是新代表黃克忠醫師，再來是吳迪醫師，下一位應該是新代表盧彥丞醫師，及何正義醫師，何正義醫師是東區泰雅族。另有幾位顧問代表，連新傑連醫師，楊文甫醫師，楊文甫醫師您曾經來開過會議，現在升級變顧問，再來陳彥廷醫師，顏國濱醫師。好，謝謝，今天會議就開始，請各位代表翻開會議資料的第 5 頁到第 8 頁。

王棟源代表

主席，不好意思，因為今天報告事項只有 7 案，討論事項有到達 10 案，現在有一個問題就是說在署方認為比較重要的報告案 1 到 6 的部分優先報告，第 7 案提出來的自動化審查，這個部分可以延後報

告都沒有關係，在討論事項第 3 案—第 6 案因為要送共擬會議，如果這些討論事項沒辦法通過，在 12 月的共擬會議沒辦法處理，所以我們是不是在比較重要報告事項結束之後，優先討論我們提到的討論事項的第 3 案到第 6 案。

主席

可以先討論，可是第 3 案—第 6 案問題還蠻多，可能要花蠻多時間，謝謝理事長，若大家沒意見，就照理事長的建議，報告事項的第 7 案今天不報告，然後 3、4、5、6 就變成 1、2、3、4，其他順延。現在依序進行，上次的會議紀錄大家有沒有意見？好，如果沒有，我們就確認，接下來報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

第 1 項就是還沒有完成，繼續列管，第 2、3 項都是列入這次會議的討論事項，所以暫時解除列管，第 4、5 案就是完成，大家有沒有意見？沒有，辦理情形就確認，接下來執行概況報告。

報告事項第二案：牙醫門診總額執行概況報告案

主席

執行概況報告大家有沒有問題提出來？好，還有一份再補充一下。

劉林義專門委員

109 年牙醫查核簡報(略)。

主席

有沒有什麼回應？有沒有什麼討論？

徐邦賢代表

對不起，可能只是一個筆誤？第 35 頁中區不合格率未申報感控 100%。

劉林義專門委員

1 家，下面有家數，上面是率。

徐邦賢代表

總共 35 個，中區有 100%，因為四捨五入，了解。

主席

好，還有嗎？吳醫師，你是負責感控的。

吳迪代表

現在已經換屆了，所以是楊文甫醫師。

主席

現在負責感控是那位代表？

吳迪代表

楊文甫醫師。

主席

是顧問醫師。

吳迪代表

第 1 件事情針對初步訪視這件事情，實際上我們已經增加抽查率，實際上在各個分區收到同樣意見，在人力方面已經相當的緊繃，為什麼會有些分區他的未申報感控抽查率還沒有出現？我們連光是抽查有申報感控的院所，人力都已經相當吃緊，再來以未申報感控院所的部分，一來是費用的問題，再來出勤是公權力的問題，這部分各業務組有表達視需求可以提出來，我們一起跟各分區業務組一起共同去處理未申報感控院所抽查的部分，原則上要照今年度訪查的原則先執行看看成效。第二件事情是我們看到不合格項目表格的部分，是不是也可以把有申報符合的院所跟沒有申報院所不合格狀態，把他拆分開來看，比方像第 12 項新增 1 人 1 機，的確是新增的部分，不合格率相對比較高，我相信這是各業務組都會發生的事情，也不奇怪，表示我們還是要再做更進一步的宣導，但如果說這是發生在不符合感染管制院所比率比較高的時候，這件事情原則上我們只能盡力去輔導他，希望看到這些東西也可以像前面的表格一樣，把申報跟沒有申報的資料分開，我們也可以更好去做分析，後續怎麼去輔導院所這個我們可以去努力，謝謝。

主席

現在是楊醫師嗎？

楊文甫醫師

基本上我初步看了一下各區回來的報告，細節不方便在這邊討論，還是會發生法規上沒有 cover 到的點，我簡單講一個情況就是現在很多醫院都是中央消毒，所以中區就發生一個案例，某個醫院的院區沒有消毒鍋，是統一送到總院去消毒，變成在硬體、軟體都不過，當然該院在運送器械的過程，還是有些瑕疵，我們全聯會跟中區會再去輔導他，但是關於他們沒有辦法在分院院區設消毒設備，需要算總院區這個，到底是算合格還是不合格？可能我們沒辦法把握，適當的時間點會再討論一下，以上。

主席

大家還有沒有意見？請林委員。

林敏華代表

我們請教牙全會這邊，投影片第 35 頁查核家數部分，我去對照目前分區大概是診所，發覺北區、南區還有高屏就是以抽查家數比例，相較中區比例來講不太對，請牙全會報告一下，另外看投影片第 19 頁有一個診所家數，大概是查核一下比例的部分，有幾個區的部分比例，我想這是第 1 點，南區只查核 51 家，我這邊看到的資料有 815 家診所數的部分，還有投影片第 31 頁部分，有關今年新增額顏面外傷的部分，今年 4 月份開始實施到現在，我們編的預算 1,400 萬，

可是現在執行半年才 140 萬，差距是不是太大了，當初在估算的部分還是在宣導部分不夠，謝謝。

主席

謝謝林代表的發問，還有剛剛看到干代表也有發問，請干代表。

干文男代表

主席，我在這裡要提醒全聯會，感控的 SOP 是許主委在的時候爭取到這筆錢，當時在協定的時候一定要百分之百過而且要百分之百去查核，現在用抽查的方式，而且看這個百分比也不是很高，不是說完全超過多少，提醒各位這個錢如果說認真執行的話，當初你們的承諾，到現在查緝，希望你們一定要改進，第 2 個是第 2-9 頁，投影片 15，2. 牙醫急診及 3. 牙醫門診手術申請醫療點數，東區成長值減掉 3.7%跟 6.3%，成長值這個是醫院還是診所？第 2-9 頁，投影片 15 東區牙醫急診、門診手術的減項，-3.7%、-6.3%，這個是什麼原因？

主席

-3.7%、-6.3%是牙醫急診跟門診手術，其他大家有沒有問題要提出來討論？好，我們全聯會這邊。

徐邦賢代表

感謝 2 位委員給我們的指導，在這邊統一跟大家說明一下，有關於抽審的比例範圍，也牽涉到需要有合格的 SOP 的訪查，及合格的訪

查人員去，這樣才可以做一個客觀評量，目前為止 6-8%對各區來講是人力的上限，那為什麼會有東區、南區、北區，他們的比例比較少，是因為我們規定是 6-8%，一個是採低標的 6%，一個是採高標的 8%，中間的差距是不是有一點，實際上也反映各分區裡面現在目前為止審查醫師人力不足，第 2 個因為這些其實是用勞務委託相關的經費去做，其實有很多審查醫師的支出完全靠自己，不是靠公會，這個沒有經費提不出，現在目前如果人力能夠支援，當然我們也希望，而且現在目前我很感恩，在這裡也跟 6 個主委感謝，其實公會自己本身在輔導方面，是完全自己編預算自己去做，我們全聯會沒有經費挹注，沒有辦法有經費挹注。

干文男代表

請教 6-8%當初怎麼算出來的？

徐邦賢代表

這個是在會議上討論，對，因為之前是 4%，因為我們是換算成家數，換算成家數，在每一個分區裡面要在這個時間內把這整個家數給訪查完，而且我們的訪查不是蜻蜓點水，我們進去是從頭看到尾，所以這樣子的時間上可能包括各分區實際上時間的壓力，所以如果說人力能夠增加的話當然我們也願意這麼做，第 2 個是有關於干委員所提到有關於我們的包括 SOP 相關的一些，我們盡力去做輔導，現在

目前為止我們的 SOP 裡面，目前就回報的狀況裡面，即使未申報的家數裡面，目前為止接受讓公會輔導的比例不到百分之百，我們正在輔導中，只是因為目前為止陸續訪查的成果還沒有辦法呈現在這裡，未來我們會朝我們的目標很努力的前進，我們希望能夠達到當初我們爭取經費的時候我們做出的承諾，一定要顧到我們國民的健康，能夠讓我們的 SOP 達到一定的數據，至於剛才提到有關於急診的部分，急診的部分是截至第 2 季，因為截至第 2 季只有一個嘉義開而已，雲林是 7 月才開，所以還沒有數字，就當初在總額協商的時候呈現出來的資料，其實這樣子是呈倍數成長，所以到下一次會議的時候，資料上來的話我想數字會更真實，至於牙齒外傷的部分，這個我想有些醫院申報等相關的建置，有醫院自己本身的資訊系統建立，或許比較慢一點點，以往在發展其他新的支付標準的時候，常常遇到這樣的問題，實際上有在做，這個預算我們會盡快跟上大家的腳步，既然有這樣的資源，有這樣的一個權力可以給需要的民眾，我們一定會盡量去利用，OK，以上報告，謝謝。

主席

干代表。

干文男代表

剛才主委報告的，我們當初是想 97 年就開始了應該到 99 年，如果

沒有 COVID-19 應該很正常一年就全部都 run 一遍，到現在為止，用抽查抽審的方式，我認為還是不妥，應該是全面通通走過一次，尤其剛才看的那個資料，連洗手台最普遍的硬體設施都沒有做，表示全聯會沒有盡到責任，還有滅菌設備也應該有的，這項以前都有，何況是現在我們多給這筆經費，還在原地踏步，我想這個是不好的，嚴格講起來全民健康保險會在當初協定的時候，說的很硬，連徐主委也說的很硬，你們的承諾都講的很正確都很好，現在就沒辦法達成，該怎麼辦？應該由你們來講，感謝健保署很努力給我們這些資料，要不然我們沒辦法知道這麼詳細，硬體設備不是很貴也不是什麼普通診所一定要的東西，怎麼會有這種現象，以上。

主席

好，那全聯會這邊還有沒有要回應的？

王棟源代表

謝謝委員的指教，整體感覺起來我們是有進步，但是因為新冠肺炎的問題，及審查人力的問題，我想我們會繼續努力，謝謝委員的指教，謝謝。

干文男代表

那也要有期限，以免忘記，我們知道了這個事情應該有成果，以為借鏡，這個績效成果即使到現在還有這麼多不能滿足我們當初協定的

這個事項。

王棟源代表

報告委員，如果管控做不好的話，依協議要被扣錢，扣錢的這個部分於 111 年協議時會處理，委員建議最好可以所有的牙醫都訪查，六千多家牙醫診所都 run 一遍，我想這是我們的目標！我們會請總額這邊好好研議，看有沒有辦法全面 run 一遍，再跟委員報告。

千文男代表

是不是說你們訂一個時間那時候完成，在今年請你做下一個承諾，因為我們不想要忘記啊！有記載的話就好辦了。

主席

好，鄭教授。

鄭信忠代表

在這邊我也要幫全聯會講幾句話，以前的感管跟現在的感管是不可同日而語，真的是有進步。剛剛千代表所提的是給我們一些勉勵，所以我們再接再厲，不過站在學者角度，我給大家一個數據，過去大家知道任何的 infection disease 會影響感染管制執施行率，因為現在新冠肺炎、HIV、HPV 都會提升感染管制的措施，包括國外的研究統計都是，看今天所呈現的數據大家想想看，這是一個警訊，理論上在新冠肺炎 pandemic 期間，應該要更嚴格的做好，這樣才對，所

以說我只提出一個警訊說，大家應該要更努力，多一點肯定，全聯會已經在做了，要給他鼓勵一下，再讓他們努力一下，好不好，謝謝。

干文男代表

我還是有意見，希望你們許下一個承諾，要那時候完成，我們在紀錄上有記錄，以後就有依據。

主席

好，翁醫師。

翁德育代表

謝謝干委員，干委員對這一件事情，對我們有很大的期許，其實我們都是知道的，干委員在這個感控裡面，當初是很支持我們牙醫部門全面來做感控，但是我們要講一件事情，希望干委員能夠稍微明瞭我們在這地方有一些是不足的，第一個牙醫全聯會、牙醫部門，我們在今年拿到這個預算以後，我們確實全國上下六個分區都有動作，在六個分區內辦所有的說明會，每一個分區的幹部都辦了非常多的說明會，甚至包含一些特殊的院所裡面，我們知道它不太會做這個感控的醫療院所，我們都一家一家的去做。跟干委員報告，關於輔導牙醫部門，大概確實已經做到，第二個回到為什麼會有這些數據，每一家院所會不會聽我們的，這個不是我們幹部所能夠掌控的，第三個跟干委員報告的是，假如分區去查核的人力許可，我們審查醫師

也會配合，那抽查的比例上升，不是一件不可能的事情，目前為止我們還是要配合分區業務組查核人力，因為出去訪查不可能只有我們的審查醫師，我們審查醫師是不具任何的行政裁量權，再來跟干委員報告，我們覺得最無力的一件事情，當初我們有一直建議說，沒有做感控的院所每一家都要做訪查，但是看起來法律上好像沒有支持這件事情，那如果我們牙醫部門可以做主，我們一定遵從干委員的建議，不做感管的都去做訪查，去訪查然後沒過，那就是違約記點，到最後就是停約，時間一到，沒有做的就會消失了，但看起來法規上沒有支持我們去做這件事情，好，可能有人會認為就是說，人家就是沒有申報感控，你為什麼要去跟人家做訪查，看起來行政上好像不太能去做這件事情，所以才會有的分區是沒有做感控的，審查醫師是自己去做訪查，那行政分區業務組是沒有辦法配合我們審查醫師去做訪查，我再三跟干委員強調，我們牙醫部門絕對有這個決心去做這件事情，可是好像不是只有我們的決心就可以把這件事情做好，還是有某種程度上的困難，以上。

主席

好，干委員。

干文男代表

我覺得翁醫師講的也是有道理，如果說你們沒有行政力來解決的話，

我想健保署這邊應該有對策吧？我們錢都給了，錢都花出去了，這個錢已經付出去了，也是每年都在成長，結果沒有辦法全部達到一個程度，我感覺到我們委員是沒有盡到完全的責任，你們做事情我們是很相信的，但是在這種情況下，我們執行，你們錢都拿去盡量用，盡量用沒有錯，但是沒有做出來的東西要怎麼樣解決，希望說你在這裡承諾，等於一個法律效力，多少時間可以完全查驗，你們要有行政力，要怎麼做，健保署這邊應該要有想法，要不然我們跟健保署一起在混，那也不好，我的意思是今天一定要有個承諾，因為我們馬上要換屆了，換屆以後誰來接，他也不曉得前因後果，到現在還沒有一個結果，已經兩三年了，希望說今天第一個，要有時間性，自己訂，沒有行政力請健保署來協助，因為你們是像選舉，健保署經營者來承攬這些醫事的責任。

主席

好，林代表。

林敏華代表

我認同干委員的堅持，我去看投影片第 37 頁的第 7、8、9、11、12，其實看起來真的是會牽扯到病人的感染問題，在做消毒、一人一機的部分都沒做到，如果這個資料流出去，我想大家會感到非常詫異的，怎麼牙醫會出現這種問題，尤其是這種一人一機的東西，目前現

在科技的發展之下，怎麼還沒有到這種程度，代表這是病患在接受牙醫的治療的時候，萬一有感染的風險發生，最後醫療責任要歸誰？我想大家都很同意牙醫提出來這個感控的是情，可是看完這些那些查核的報告後，會覺得很詫異，就是說目前的時代之下還會出現這種事情，病患的權益部分未來牙醫部門要深思，好謝謝。

主席

好，謝謝，全聯會這邊呢？好，林醫師。

林敬修代表

跟干委員報告一下，我們分區實務在做的時候，我們去訪查時，大概要有三個審查醫師、地方公會的代表、健保署業務組的同仁，我們一台車開出去，一個早上 3 個小時的時間，人家開診的時間，一個早上只能看 3 間，那一整天下來大概看 5 間到 6 間，以北區來看，68 間以半天半天來計算，差不多要花 20 幾天，那醫師要派這麼多時間，尤其是業務組的承辦人員，整個月都跟著我們到處跑，所以你們來看，量現在的 7% 要提升到 100%，上述的那些人力都要多出十幾倍，還有業務組的人力也要增加十多倍，受不了，另外就是審查費，出去審查的費用，以前沒有額外再編，要從以前勞務委託接的費用來撥補，費用在我們北區其實已經不夠了，那我們醫生都是開十幾台的车下去幫忙載，都不能用原來的費用來支付，所以我們也很希望說

提升到 100%，但是很難喔！人力要比現在多十倍以上，去那裡找這麼多人？以上，感謝。

干文男代表

你們當初做的計畫，我們是知道說沒有辦法一氣呵成，但是你們信誓旦旦，我們也不能說你們做不到，但你承諾下去了，錢已經編列了，而且在成長，審查感控的錢，專款專用，把這個東西 run 一遍，才知道說全部的幾千家沒有達到標準的有幾家，如果出幾家的話，那全部都完蛋了，你看中醫出了一家毒藥，你看中醫的點值整個都掉下來，我在這裡提醒，我們付費者的立場，我們付了錢，你們治療的立場，你們也在做，就是嫌時間不夠，那就專心維持，如果你不做，就是永遠在拖，下一次換屆了以後，全民健康保險會要換多少人不曉得，換了以後，知道這件事情的也剩下沒有幾個人，也會去追究這麼細的也沒有，那我們是愧對良心啊！所以我今天要你們承諾，多少時間能夠完成，一定要全部檢驗一遍，健保署也有責任去做這個事情，我希望你今天一定要有一個承諾，看看多少時間，講太多都沒有用也傷感情，今天你們所有的分區智慧都在這裡，多少時間該做的要完成，這才是你們的驕傲，要不然你們每年都評核第一名，我只提出一條你們就沒有辦法了，是不是這樣，這個影響你們明年、後年的評核，如果分區說你們就做不夠，打丙等，整個給付就打掉了，

應該要有這個決心才對，以上。

主席

好，決心呢？

翁代表德育

謝謝干委員，我想干委員對這件事情很關切，這代表我們所有的健保人都很注重民眾安全，我們牙醫部門，事實上跟干委員的立場是一樣的，所以我在這裡講，如果按照干委員的期許，我們願意去做，但不是日期，我剛剛一直在講說所有的事情，牙醫部門沒有辦法決定一切，我們先針對說，最起碼那些不合格的院所要每一家去查，我們可以答應，因為只有針對不合格的院所每一家去查，才有辦法把這些不合格的院所一間一間處理掉，抱歉，是指未申報感控的院所，目前我們是沒有辦法這樣做，我一再跟干委員表示說，如果可以這樣做，我們一定全力配合，這個問題要先解決我們才有辦法配合，以上。

干文男代表

我請教健保署，你們碰到這種事情，你們要怎麼辦？你們是執行單位，要怎麼辦？

主席

好，謝謝干委員及林委員，對這件事情的堅持，我們跟干委員、林委

員的看法是一樣的，我們還原一下當時在全民健康保險會爭取預算的當下，我們代表牙醫團體是怎麼說的，這個金額也不小，而且是額外給，所以健保會顯然已經把誠意都拿出來了，我們要買到的是安全，替全民把關，所以大家很樂意地在那裏不斷的加碼。可是現在看起來也是因為差不多都訪查完了，也年底了，所以需要跟大家做個報告，也讓大家理解目前的狀態。目前有申報感管診察費(是提高診察費)主動有來申報的其實大概有 98%，但是只抽查了 6-8%，6-8%裡頭有 4%是不合格的，我們做一個假設，有來申報感管診察費的院所都有 4%不合格，那這樣子，沒有去訪查的部分也都算進來的話，就有 265 家，很顯然與健保會承諾不符，至於不合格院所的病人數是多少，因為是可以扣錢，但是能解決問題嗎？另病人並不知道那一家診所的感控沒有通過，所以病人還是繼續去，病人是無知的，我們並沒有公布感控不合格診所讓病人知道，各位想一想，在資訊不透明的情況下，為什麼兩位付費者代表會這麼堅持，如果你們都不願意讓民眾、消費者知道，那就要自己做到 100 分，大家就安心，至少代表民眾在這裡幫所有背後的勞工、民眾把關。可是在現在這個環節裡面，保守估計至少有 265 家很顯然潛在不合格，另外還有 170 家是沒有申報感管診察費的，沒有申報感管診察費代表有更高比例的不合格，因他根本不想做、也不報，他認為不報就解決了安全的問

題，其實不報更不安全，因他根本不想做，對不對？所以 170+265 就要 400-500 家了，那這 400-500 家是很多還是很少？當然不少啊！因為重點是民眾不知道。所以本署當然希望，當時你們的承諾有 2 個，一個就是說有申報的感管診察費院所要去訪查，健保署要偕同訪查，如果不合格我們就不予支付差額，而且追溯，對吧？還有一個就是，不來申報感管診察費的你們負責全查，可是現在不來申報的只有查 18 家，總共有 170 家，全查你們也沒有去做。我記得翁醫師是有建議說，不合格的院所我們就不要特約好了，或是違約記點，這要看特約管理辦法，因為違約記點是牽涉到合約之間的權利義務，總是要依法有據，所以看起來是有一些不足的情況之下，當然你可以講說應改善而未改善，就是通知你改善而未改善，那是特約管理辦法有規範，不過我們回到當下，確實我們全聯會有跟所有的健保會委員做這樣的承諾，當時的協定事項是承諾要全面提升感控，而且執行目標是 100%，而且要全面查，如果沒有全面提升的話，沒有達到 100%，就依照比例扣款。因明年的總額都已經協商完了，我知道這一次為了啟動感控，確實全聯會花了很多力氣去做宣導，這件事情我是知道的，他們花了很多力氣去各地宣導，也開了教育訓練，然後訪查時間已經到年底了，然後又遇到新冠肺炎，好不容易今年年底以前把他訪完了，可是訪完當然不盡人意，可是我們明年的協

商也已經談完了，所以來不及扣款，因為在協商的當下，他們還沒有訪查完，所以也不知道結果，扣款的動作沒有在今年協商的時候同時進行。這可能留下一個問題，全民健康保險會的代表在這邊，如果將來有機會的話確實要做，但是顯然又爭取了一年的時間，如果明年要來做這個扣款的話，你也必須在到明年協商之前能不能做完這件事情，然後把不合格院所輔導改善，那真正還是不合格的院所就扣款嘛！就是要去執行協定事項的扣款，燕鈴要說明嗎？好。

全民健康保險會陳燕鈴

補充報告一下，在今年全民健康保險會 5 月份的委員會議，健保署提出牙醫全面提升感管制品質的報告案，當時就決議扣款時機在 110 年協商總額時列減項。

主席

對，可是已經協商完啦！

全民健康保險會陳燕鈴

對不起，是在 110 年協商 111 年度總額的時候，也就是明年 9 月協商後年總額時處理，到時候會請健保署在協商前，提供牙醫加強感染管制品質診察費的申報的情形、查核的結果做為總額協商的參據。

主席

所以又有一年的時間？那剛剛干委員一直認為說你們要給一個承諾，

因為現在不是只有不合格的問題，是根本沒有訪查完、訪查率偏低，如果每年都只能做這樣，要 10 年才會全部訪查完，那更別講說你訪查之後，他還有沒有繼續落實，沒有人知道。因訪查當下合格，但是之後就沒有落實了，那都還不算在這裡。已合格診所未來應做抽查的機制，但是現在已經很難再談說合格再抽查，現在是不合格的要輔導改善，還有很多沒有訪的。換句話說，這件事情跟百分之百的目標還有很大的距離。另沒有辦法保證每個人隨時都維持一定的水平，因此要有抽查機制，這一點，我覺得全聯會確實要回應，而且我還是要講這個不是扣 200 多萬點的問題，是這家診所，不是只有診察費，他還有手術、還有很多的補牙、根管治療等等的服務，健保持續支付！但是如果他感控不好，這些也都是有風險，那我們怎麼樣去評估他的影響？真的不是只有扣診察費差額的問題而已，所以看看全聯會這邊在這個上面要不要再做一點承諾。

盧彥丞代表

關於這個訪查結果是 11/23，我是代表台北分會，其實我們是在 9 月才開始做，所以在 10 月份時才有第 1 次訪查結果，一般來講有結果後，會在一個月內針對不合格的執行複查，所以這裡的結果並沒有把複查的結果呈現出來，譬如說我們台北分會的複查，因為要配合當地的時間，所以我們是下禮拜、下下禮拜兩次的時間啟動複查，那

其他分會的複查結果其實都已經出來了，那我們是不是請其他分會也報告一下複查結果？

主席

這有兩個事情，一個就是不合格的複查、一個是未訪查，未訪查的最多，因為 6%的話就有 94%還沒有訪查，距離更大，您現在是這個 4%的再訪查對不對？這個有兩個層面的問題都要去克服，但您現在的意思是說，因為我們是蒐集到昨天，昨天你可以再去再訪查，不合格再訪查，這個可以，這個一定會 update。

盧彥丞代表

基本上目前其他分會的報告是百分之百，第二個問題是我們回復主席講的是全查再複查，那其實上我們簡單來講，以台北分區來講 2000 多家，一天以 5 家，因為我們台北分區不是只有台北市，我們要跑到金馬地區，所以基本上我們一天的話大概以 5 家的量，林委員剛剛有算過，要 528 天。

主席

你們的訪查員可不可以多一點？一天不會只有 5 家啊？

盧彥丞代表

因為我們沒有醫師代表、健保署代表，我們沒辦法去。

主席

我們健保署可以配合，盡量請分區配合。

盧彥丞代表

我的算法是說這樣我要 520 幾天，相對來講我一年 run 不完全部。

主席

可是這個假設是你一天只有去 1 組人，先把分區的人先不考慮，你先考慮到你們自己的人，你一天只能去 1 組嗎？幅員這麼大只有 1 組？一天只能去 5 家，那當然。

盧彥丞代表

我們一共 45 位審查醫師。

主席

那太少了。

盧彥丞代表

我們一次都是派 2-3 組，第一個是我們的這個問題，第二個是如果要全年，因為我們是用抽查制，所以診所有可能今天檢查，明年還是會檢查，我們是 random 抽查，所以變成說事實上每一家診所都知道明年可能會被檢查，我們沒有代表今年檢查明年就不會被檢查。

于文男代表

你執行面都很清楚，我們協議上是百分之百，當時是百分之百，我想說 1 年就可以解決，98 年、99 年，應該 1 年內就可以解決，結果新

冠肺炎我們就不說，剛才我們全民健康保險會陳組長講說可以延到明年度，你們要許下承諾，1年裡面通通弄到，按照協議的事項去執行，當時你答應是百分之百，如果以商業行為來講，你們是違約，我不是開玩笑，這做過生意人就知道，如果你違約，不是罰一個兩個，是全體都罰耶！是總額的多少，你要扣百分之多少，一直扣，1天就要扣多少，總是要提醒，今天我沒有提出來，你們沒有 power，我一提出來，你們全聯會有這個 power，基層所有的分區可以有這個 power，而且健保署說要訂，如果他沒有空，應該當時就是，錢怎麼發得下去，你通通檢查完了以後，再開始，沒有，你才檢查了6-8%就拿錢，會笑死人，6千多家才檢查8%，還有未申報的院所，就不當一回事，所以我當時就講了，你們不要一頭擔子一頭熱，你們爭取到說得嘴角全是口水，底下說你應該做的，而且基層醫師也有人這樣，我也有聽過，所以我今天要你們許下一個承諾，我們按照協議的事項來完成，這是第一個。第二個，如果你們如果照我們全民健康保險會燕鈴組長的說法，明年會扣錢，怎麼扣？還有明年1年也要完成，這個不是在開玩笑的，不然都說了就算了，這樣我們也沒有辦法對所有人交代，為了要調健保費一天到晚被罵，被指指點點，我們多可憐你知道嗎？

主席

謝謝干委員，請翁醫師。

翁德育代表

謝謝干委員對我們的期許，在這裡做些說明，我們牙醫部門既然敢推這個案子就一定會負起責任，我還是要再三強調牙醫部門是專業的人民團體，沒有所謂的行政權，國家、健保署沒有賦予任何的行政權，這是有些無奈，但是我不用這個當藉口。第二個我們還原當初在總額協商時的事情，其實付費者代表有暗示我們，如果我們無法做到100%，是不是就領90%幾的費用就好，不要領100%，當初我們不是一定要這個預算，是基於一個使命感，因為保障民眾的就醫安全不應該有缺口，雖然做到100%很困難，但我們義無反顧來答應朝100%邁進，我們不是為了多一些預算，如果是為了預算，我們就領95%的預算就好，5%就不管他。但牙醫部門並沒有這麼做，不是為了爭取預算。第三我們當初都知道要花上數年時間才能達成訪查每家牙科院所，所以我們在一人一機裡有設定讓民眾辨別的東西，就是強迫每家院所一人一機要打包、滅菌，完成後放在那裏讓民眾看到的，就算我們的訪查院所沒有辦法比率那麼高，我們是宣導讓民眾自己判斷這家院所是否符合，這可以代替一些訪查的不足，這也不是藉口。接下來要爭取的，針對不合格的牙科院所，每家都去訪查，牙醫部門會全力配合，一定要分區業務組陪同，我們才有辦法做後

半段的處罰，這點希望署方能答應，列入會議記錄。我們訪查 6~8% 院所，大家說不夠，請 6 個分區業務組請自行訂定訪查家數比例，我們牙醫部門會全力配合。若審查醫師不夠，我們會立即訓練，我是展示牙醫部門的決心，但行政部門希望也能配合。如果大家對這種不執行感控的院所感到厭惡，要不要提出強硬的措施來討論。基本上還是朝著保障病人的就醫安全，牙醫部門任何問題絕不會閃躲，以上。

千文男代表

翁醫師不要再辯，越說越難聽，當初你們說到 100%，我們就知道問題會發生，我們說辦不到，你們卻說辦的到，現在說有困難。我對這件事很堅持，就是何時達到 100%，這樣對醫界、全聯會也有交代，不能說過就過，你們的承諾要完全兌現，先前在口頭及文字上都有契約，你們沒達到就算違約。何時能做到 100%？100%訪查，不過的再複查，這還有話講。訪查 6~8%，這說不過去，以前你們就有在做，為何要另外申請這筆錢。

王棟源代表

主席、干委員，不好意思，關於感控的部分讓您們操心了，12 月 8 日有臨時會，干委員強調給個期限，如何提高訪查率，我們回去後再研議。

千文男代表

做到 100%。

王棟源代表

在 12 月 8 日還有臨時會給大家報告，一定會提出方式給委員一個交代。

主席

12 月 8 日鐵定會有臨時會，全聯會再做承諾，千委員與林委員應該會來，到時再一起討論這件事該如何處理。

千文男代表

感謝醫管組呈現這麼好的資料，要建議部長給予特別獎勵。

主席

剛才翁醫師說不合格的院所全面複查，包括有沒有申報都一樣。沒去訪查的院所，只要分區業務組可以配合，你們牙醫部門會全力配合，現在問在場分區業務組的同仁，那個分區業務組不能配合？都可以配合。

臺北業務組

可以。

北區業務組

可以。

中區業務組

OK，中區訪查 11%左右，一直配合這個 SOP 在做訪查，我們從 7 月 15 日到 8 月 12 日，分別出動 22 梯次。

南區業務組

對於牙醫各項方案，分區業務組一向都全力配合，沒有問題。

高屏業務組

全力配合。

東區業務組

全力配合。今年有 1 家未申報的牙醫，因為他自動放棄不複查，已移給衛生局。

主席

不複查更不行，更嚴重。這要委託同儕之間專業審查，如果最後有不配合的名單，我們就要研議法規的部分。因為現在還沒完全查完，所以不知道目標群在那，而且你們還希望給他們複查的機會，所以現在提法規還過早，總之，12 月 8 日臨時會會有答案，分區業務組都說全力配合，所以不要推說分區業務組人力不足、不能配合，問題不在分區。干委員，時間最多就在 110 年協商之前。

干文男代表

評核會之前。

主席

110年7月評核會之前，再給半年時間。6月評核會之前送資料，分區業務組會全力配合。兩個時間點，一是評核會之前，另一是協商之前。請蔡醫師。

蔡松柏代表

我們現在討論當初的承諾，我是新進的代表，當時不知道誰跟誰承諾什麼？我是分會的代表，接受上級指示去做事，中區與淑惠合作，比其他區還嚴格，人力及交通開銷都是我們分會找財源負擔。就制度面來談，當初審查的時候，上面給我們開會的資料是每年至少要8%，到地區來說就不可能今年100%，你知道這項業務很難做，要一下子衝到100%，這要考慮當初為什麼沒辦法到100%，人力我想大家都有辦法出，可是經費跟醫師這邊是最難，這些醫師這不是他的專業，他的專業在看病人，現在突然增加那麼多的審查醫師，受訓完了以後，一天就是跟計程車去看那麼多的診所，診間整天沒有在看診，整天領一兩千塊的車馬費，還有外出的風險。我是覺得當初在寫在審查的地方寫明全年要100%，記得一開始約定政策不是100%，現在突然拉到100%，我想干委員這邊是不是稍微為難一點，也不要設定一年，是不是給我們這邊的承諾看看。

干文男代表

當初是在總額協定時，因為我們知道本來就是做不到 100%，第一次一定要 100%，以後你說 6%-8%的抽查，字寫得很清楚，要協定以前，希望健保署能建立機制，不要與它們成共犯。

主席

干委員你言重了。

干文男代表

越辯話越說越難聽，只有做，把時間講出來，因為在 97 年、98 年、99 年，你說 COVID-19 應該做這些事情是很好做的，已經違背當初的協議，所以說這個事情，蔡副座在抗議，我希望今天有一個承諾，算彼此沒有欺騙。

主席

大家都是基於善意，沒有像干委員這樣子講，但是我們追求安全這件事情沒有改變，當然現在就是不盡如人意，所以我們必須再想辦法讓他盡如人意，時間已經過去了，今年也是不好的年，COVID-19 也影響很多，無論如何，代表全聯會的翁醫師已經講了，剛剛好像意有所指的是說是我們分區人力不足，所以你們沒辦法做，剛剛已經一一確認，無論如何分區就要找出人力，我們這邊剛剛有講，12 月 8 號的臨時會會有答案，你們會把決心拿出來，林委員跟干委員也會出席臨時會，再確認一下。另外就是蔡醫師說我們的感控實施方案

有講抽查比例，12月8號你們如果確定100%，我們就把這條改掉，但是6~8%會變成以後每年的抽查率，第一年第一次一定要全面，以後的抽查就是6~8%為原則，我們立刻改，就是下一次我們就提出這個修正，全面查核這個時間就是到明年，最晚也是協商前，最好就是評核會前，今天大家就是有這些前提，我們就期待12月8號。林委員跟干委員今天就先暫緩，因為我們今天議案真的很多，不然停在這裏，我們今天的題目就沒辦法討論，但是12月8號的第一題就討論這一題，然後我們併同要修正加強感控的實施方案，把6-8%改成全面查核之後以後的例行抽樣，我們要確保有維持這個感控品質，所以本案到這裏還有沒有其他意見，鄭醫師。

鄭信忠代表

因為今天我是以學者代表來談這件事情，要達到100%是不可能的，以我過去20多年從事這方面案例的survey，包括看國外跟國內所有的期刊，沒有那種100%的情況，大家務實一點，全聯會就用近程、中程、遠程的KPI機制協商，重點是沒有合格院所要如何補償及輔導機制這才重要，任何研究如果100%就是作假，存在有霍桑效應，如果你今天有做研究，你在旁邊訪查我才做給你看，這叫做假。所以站在我的立場，我認為根本是不可能的事情，應該要討論說給個機制，用近程、中程、遠程的KPI機制，重點是對不合格的人，我怎

麼樣的改善機制，這才是重點。否則，坦白講 12 月 8 號我看全聯會做不出來，等到明年 7 月也不可能做出來，怎麼可能 100%，不可能的事情，所以我是站在一個學者的良知提出誠摯的建議與看法，謝謝。

主席

謝謝鄭醫師，講的很好，就是重點在於不合格的輔導，問題是我們不知道誰不合格，因為沒有去查不知道誰不合格，現在是第一步就是在這裏，你必須要先知道誰不合格，現在因為沒有全部都去確認，所以不合格的人不知道，不合格的不知道，就只有說你有去看的有 4% 是不合格，可是沒有去看的這個是否是 4%，誰也不知道，所以確實它存有一段的努力空間。不過今天就討論到這裏，鄭教授的意見全聯會就一定要列入慎重參考，兩位付費者代表如此的堅持，今天雖然沒有辦法承諾，但是還是有很高的期待，等待 12 月 8 號的答案，所以就拜托，是不是兩位委員今天就先到這裏，謝謝，大家還有沒有其他問題，如果沒有，那就第三案。

報告事項第三案：109 年第 1 季~2 季牙醫門診總額點值結算結果。

主席

這個是今年第一季、第二季的點值結算結果，今年的結算是第一季、第二季合併結算，所以沒有兩個點值，只有一個點值，已經確定現在

上半年是採半年結算，下半年就恢復按季節結算，各位代表有沒有意見，上半年結算應該是 12 月，說明一下什麼時候會辦理這個結算。

劉林義專門委員

就在今天我們做上半年的點值確認，確認之後我們預定在 12 月展開追扣補付的作業。

主席

這個是今年的第一季、第二季是 1 點 1 元，全區是 1 點 1 元，沒有達到 1 點 1 元的，只有臺北區是 0.96，其他分區都超過 1 點 1 元，最高東區是達到平均點值 1.15，所以是應該是創歷年來最好的，也因為病人減少的關係，第三季應該慢慢就回復，有沒有問題，沒有問題，下一案。

報告事項第四案：110 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目。

主席

本案大家有沒有意見，沒有意見我們就確認，報告事項第五案。

報告事項第五案：110 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程表。

主席

這是下半年的開會時間與臨時會的時間，請各位代表們預留時間，

接下來報告事項第六案。

報告事項第六案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」修訂案。

劉林義專門委員

請代表看到報 6-1 頁，這次修訂研商作業要點，主要重點有三個，第一個就是我們奉行政院性平委員會指示，議事會議代表的性別比例訂在作業要點裏面，也就說任一個性別不得少於 1/3。第二個是有關代理人的制度，我們現行要點是沒有訂定代理人的制度，但在實務上都有代理人制度，所以我們把它訂在裡面，請翻到報 6-5 頁的第六點，列一個代理人及列席單位出席的規範，研商會議代表除了本條的代表及列席單位外，應於推派代表時一併提報順位代理人兩名，代表因故不能出席會議的時候，得以代理人順位由 1 人代理人出席，我們希望這個代理人能夠完全代理，也就是說一定要做到交班的事情，這是我們這次修訂的一個重點。第三個就是在報 6-5 頁的最後一點部分，議程要在開會前 7 天對外公開，而且在會議結束 10 天內公布會議的內容實錄，相關規定在健保法第 61 條都已經訂定，這邊就不再重複規定，即刪除，以上為三個重點的說明。

主席

這個部分大家有沒有意見，請陳醫師。

陳建志代表

我想跟 COVID 委員會一樣，所有的研商會議代表包括兩方的代表加起來人數裡面有 1/3 是女性，不是全聯會提出名單有 1/3 女性，不是這樣子，可能要請健保署多提名一些女性，全聯會因為理事只有 1 位女性，希望健保署給我們更多空間。

主席

我們的代表只有主席跟組長是代表，其他的同仁都算一般幕僚，不是代表，是開會協助。性平是期待說 1/3，可是我們真的做不到也沒辦法，盡量努力，不要讓單一性別少於 1/3，對，我們現在全聯會只有蘇醫師是女性，所以你們再看看。另外一個是成為代表的人，你就有義務要親自出席，雖然我們設有代理人，但是代理人這是不得已才代理，最好能夠親自出席，再來就像專家學者是沒有代理人的，我們的付費者代表也一樣，就是最好要親自出席，林委員還有干委員都親自出席。大家還有沒有意見，來請邱代表。

邱昶達代表

牙醫門診總額協商的代表，因為我們醫院端的話，臺灣這麼大，我們只有 2 席，臺灣醫院協會的代表就有 4 席，牙科代表就 2 席，光是北中南東，我們至少要 1 個代表，因為每個地方都有醫院，所以這個只有給我們學會 2 席，希望可以酌量增加，連醫院代表都有 4 席，

謝謝。

主席

報 6-4 頁，醫院協會代表 4 名，醫院牙科代表 2 名。

邱昶達代表

希望可以酌量增加醫院牙科代表名額。

主席

醫院協會的代表是不是醫院牙科代表？

邱昶達代表

他們是西醫

主席

不會吧。周代表是西醫，吳代表是牙醫。不過醫院協會的代表，跟醫院牙科協會的代表好像意義不太一樣，醫院協會的代表有點像是經營者，醫院牙科的代表為在醫院牙科服務的牙醫師，所以背後代表的意義不太一樣，因為在醫院的牙科其實也有一個經營者，他可能就是分配，所以我們付錢並不是付給醫院的牙科部，是付錢給醫院之後再給牙科，再去重分配，所以在這裡意思不一樣。不過你提的是說，牙科協會的代表名額，可不可以跟醫院協會代表的名額一樣，我們改這個有問題嗎？謝代表請說。

謝偉明代表

可能要回顧一下其他的部門，像西醫基層總額的醫院代表也才兩名，也沒有牙科的代表。

主席

西醫基層為什麼要牙科的代表？

謝偉明代表

我的意思是說醫院的代表不應該到 4 名，西基總額也才給他們 2 個名額。

主席

不過因為牙醫會有醫院協會的代表，就代表經營者，應該可以適度考慮醫院的牙科協會可以給 4 名，這個修改有問題嗎？醫務管理組這邊？如果可以的話，今天提出來修正作業要點，就會變成 4 個，但是原來醫院協會代表還是保留，總共 35 個人，是奇數就好。

謝偉明代表

不能比照西醫基層只有 2 名嗎？

吳明彥代表

不是啦，這是個平衡狀態，這樣一動到大家會破壞平衡點。

謝偉明代表

就是破壞了啊！

吳明彥代表

這樣破壞醫院協會並沒有增加。

主席

我們醫院牙科協會可以多兩名，醫院協會的不動，翁醫師請。

翁德育代表

建議名單不要更動，尊重醫院協會代表在會議中發聲，他們畢竟是經營者，很多事情也是要拜託醫院協會傳達，或是需要支持的事項，所以我們還是需要；至於醫院牙科協會的代表，我想協會代表有兩名應該是足夠的，建議維持原樣就好。那在牙科目前的事項裡面，事實上醫院牙科協會的代表都會知道，我們是建議維持原案。

主席

邱醫師這邊可以接受嗎？回應邱醫師的訴求就是再多兩個人，為什麼全聯會不要？

翁德育代表

會影響到開會出席的比例。

主席

出席的比例是甚麼意思？

翁德育代表

我們要過半。

主席

過半他們就一定要來，不要爭取後不來。

翁德育代表

不知道，現在為止牙科內部是運作 ok。

主席

我們問一下邱代表，如果爭取兩位出席應該沒有問題吧？

邱昶達代表

我想目前當代表我們都沒有缺席過，臨時會也一樣，醫院確實也有分三個層級，全臺約有 12~15%的牙醫師在醫院服務，但會議中只有兩席是不成比例的。

主席

那全聯會這邊，理事長有一定不要增加的原因嗎？為什麼不能增加？

翁德育代表

目前牙醫部門在總額預算內運作一定是共識決，共識決在內部就會產生，在共識決產生的過程裡面，所有的提案一定會要醫院牙科協會的代表來參加。

主席

如果是這樣的話，各縣市也不用來了，就只要你們三位來就好。

翁德育代表

他們還是有代表性，我們三個來沒有代表。

主席

一樣啊。

翁德育代表

代表牙科協會的代表不來全聯會開會，也不曉得我們在做什麼，就直接來這裡開會，不是很清楚我們內部運作。

主席

那是你們內規，你們以後開會要求這邊的委員都要回去開會，就回去開會。

翁德育代表

這個我們不知道。

主席

可是這邊有我們的考慮，就是說我們有牙科協會的代表提出來說，他們的醫師數佔所有牙醫的人數也有 12~13%，目前只有兩位是不成比例，就我們來看也言之有理，我覺得你們應該是樂觀其成才對，多一點人參與，為什麼你們要堅持不讓，而且他們也一定要出席，不太理解為什麼要阻斷來參加的機會？

翁德育代表

我們沒有阻斷他們要來的機會。

主席

就是他們再多派兩席不好嗎？

翁德育代表

他們來內部共識決不是更好？他們只是代表醫院牙科協會，不是來討論牙醫內部的事項，這是完全兩件不同的事項。

主席

可是那是你們那端考慮的，我們這端覺得說要有代表性，多一點人來參與，至於你們那邊討論相關事情是不是一定要出席，那是你們那一端的事情。

翁德育代表

如果要這樣比喻，牙醫全聯會是 15 名，醫院牙科協會 2 名。

主席

基層 15 名？

翁德育代表

全聯會的代表不一定是基層，為什麼要解釋成牙醫全聯會的代表都是基層？我們牙醫全聯會的代表不是基層。

主席

你們現在的代表不是都是診所的醫師？

翁德育代表

這邊是剛好沒有啦。

主席

我們現在的代表裡面有醫院的嗎？從理事長、執行長、各主委們，有醫院的人嗎？應該沒有吧？

盧彥丞代表

目前是兼任的，我以前是聯合醫院的牙醫師。

主席

盧醫師現在是兼任的。我們這邊是認為再加 2 名沒有問題，全聯會如果認為再加 2 名有問題，麻煩給我們一個理由，如果理由是說增加 2 名，結果那 2 名又不來開會，是你們那邊去要求，不是我們要求，你們可以內規去要求，醫院協會的代表就暫時不動，可以嗎？

翁德育代表

我們還是反對，那就按照比例，按照整個醫師結構比例來訂定，這樣最公平，以上。

主席

好，因為這有點敏感，就是有這樣的一件事情，列入會議紀錄，會後依照會議紀錄，健保署行文給全聯會，表示有委員這樣建議，請書面回復，要增加 2 席，然後再簽報看看，是不是會破壞和諧平衡，或是有甚麼不能增加的道理，都用書面來進行。好，這個案子其他的修正有沒有意見？沒有的話就確定了。第七案我們就略過，是嗎？直

接進入討論事項第三案地區分配預算。

討論事項第三案：110年度牙醫門診總額地區分配預算案。

主席

如果說明三要保留，那就漏列了牙特和有結餘要優先對牙科急診醫療不足獎勵計畫，這兩項漏掉了。意思是說，說明二已經表達清楚了，如說明三要再重複，但是又寫不完整。

徐邦賢代表

說明三增加這兩列，才符合前後對照。

主席

對，那就是照本署意見增加，跟原意是一樣的，這個案子大家有沒有其他意見？干委員請。

干文男代表

剛才蔡委員講了半天，感控要出去的錢沒有，我們給了那麼多錢，是否在這個分配裡面先拿多少錢出來。

主席

那是不一樣的，因為這邊是醫療費用，那邊是行政費用，不可以互相融通的，總額預算是要用在病人身上，剛剛要去訪查是訪查醫師的行政費，本來就有委託款給他們，那是公務預算。

干文男代表

委託款是多少？

主席

現在委託款多少？一年幾千萬？專業審查委託多少？醫審有人在嗎？

醫審及藥材組

審查勞務委託的契約是 1,000 萬元。

主席

就是另外有公務預算，不能混為一談。這個還有沒有意見？第三案就通過，接下來是第四案。

討論事項第四案：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

主席

那一位代表要負責回復？吳醫師請。

吳迪代表

謝謝署這邊的整理，討 4-6 頁其實上週會前會的時候，的確我們這邊在整理資料時有些疏漏，有這樣表的整理，對於我們未來做成本分析參考有很大的幫助，同項的支付表在分析的時候，沒有去考量的這些點，所以後來照這樣的表格去做了些調整。接下來跟大家說明一下成本分析，第一件事在根管治療是一個療程設定，並不是一次就能執行完畢，像是 5 根根管治療一次是 120 分鐘，各位不可能

持續嘴巴張開接受治療兩個鐘頭，所以回應第一點是前置期作業，很多病患根管治療不只一次，從第一次可以申報 90015C 和診察費以外，後續療程追蹤治療的時候，還是存在著整個病程的變化，病患今天來了治病的因雖然只有一個，我們不能把根管治療後病患所有變化都不算，所以前置期的診察這件事情不能與診察費一併而論，把它概括到第一次診察費，因為我們是把它設定成同一療程，但不代表醫師沒有後續診察的部分，所以我想保留這個時間是合理的，而且實際上我們也只保留一次，這是第一點。第二點是說，主治醫師耗用時間這件事情，署方意見可能是覺得為什麼不是倍數成長，跟各位說明，首先每一個階段根管治療的操作時間是差不多的，實際上根管愈多倍數會愈高，那為什麼在 2、3、4 根管的變化是不太一樣的？這牽扯到學術的問題，再來就是不談到難症的情況，只單純發生這些根管治療的變異情形，雙根管的變異其實最多，其成立就有四種 type，這四種 type 的難易度是不一樣的，要怎麼去界定、處理這些事情，肯定需要花到兩倍的時間，那 4 根管本身就是變異，但是是常見的變異，3 根管對我們來說是單純點，所以造成它耗用時間不是呈倍數成長，但五根管屬於較少變異的狀況，則需要花更多時間去做這件事情，所以它會有時間占用變化較大這樣的情形，當然剛提到的是不在難症處理問題上，例如常見 1 根管牙齒變異成 2 根

管，或是常見 2 根管牙齒變異成 3 根管等，時間會更長，但這部分是用難症支配的醫令去支應，所以這邊不去說。行政人員的部分，原則上在做 C 表和 B 表的設定上，C 表就是一般院所的操作，所以是把助理費用的部分是放在行政人員，B 表就是設定在護理人員那邊，其實操作的內容不會有太大的差異性，護理人員能夠操作的像是生命跡象監測或藥物準備，其醫療輔助行為的操作要比助理更多，而全程耗用時間的問題，整個跟診過程中助理是不能嘻嘻哈哈地跑去別的地方聊天的，治療流程是一個動態的過程，助理是需要一直固定在跟診輔助醫師，時間一定是跟主治醫師是一樣的，有時候跑腿拿器械還比主治醫師更辛苦，所以不用去質疑這種問題，它就是需要耗用這麼長的時間，這個部分要跟各位做說明。很感謝根管學會提出這樣的成本分析，我必須說所使用的器械是族繁不及備載，在會前會的時候提到說成本分析和作業流程兩邊不能對齊，K file 8 號到 35 號這件事情，怎麼去設定，跟各位報告根管有從 6 號到 140 號，我們只是用比較常規的方式去表達這件事情，一般我們大概要擴大 7 個號數到 8 個號數，實際上有很多不同個案粗細不盡相同，其耗用程度也不相同，甚至還有不同的 H file 等項目，所以長期以來根管治療的費用是被低估的，我們健保裡面，每單根根管治療跟國際趨勢倍數比較是相差非常大的，說實在成本是已經在最順的情

況下去抓的，跟各位說明，謝謝。

主席

這個項目是額外爭取到要調高，對於高齡的根管治療還有其它的項目，以及難症處理。第一個是我們有校正過的點數，主治醫師的每分鐘成本可能要改成 34.4 元，另外一個就是，牙科助理在上次調查薪水的時候沒有調查到牙科助理，我可不可以這邊請全聯會告訴我們牙科助理薪水大概是多少？

王棟源代表

大概是 35,000 元左右。

主席

35,000 元左右？

翁德育代表

我們應該沒有辦法調查的出來，能不能有一些類似對照。

主席

你們覺得應該是多少錢合理？

翁德育代表

我不知道，要帶回去討論才知道。

主席

好，你們可以討論。

翁德育代表

相對的比較，大約……。

主席

因為我們的調查 5.9 萬是醫院的行政人員，不是牙醫助理。

翁德育代表

最接近的就是這個。

主席

因為沒有其他的比照，也不好意思去比較，以其他醫事人員來比較也不是，可是這裡的牙科助理成本不是，請理解我們，成本分析不是只用這一次，之後每一次都要用，所以這是重要參數，重要參數一定要雙方了解，我們才可以處理，上次我們確實有調查醫院的牙醫師的薪水，換算出來年薪大概是快年薪 400 萬，年薪包括獎金等都算進來，才算出來每分鐘成本，我們確實沒有去 survey 過牙醫助理，所以這樣比照方式我覺得是沒有不好，只是一個比照，所以我們很想把這項補起來，因為這是重要參數。所以你們可以協助讓我們知道牙醫助理的薪資水平嗎？如果可以的話，我們比較能夠換算出來每分鐘成本，會比較接近事實，因為那是你們的成本。

翁德育代表

我可以請教一下嗎？比如說剛剛以醫院的牙科醫師來講，他的年薪

是 400 萬元。

主席

年薪 397 萬。

陳依婕科長

調查的平均值是 397 萬。

翁德育代表

這是收入還是所得？

主席

所得。

翁德育代表

所謂的收入是指他的申請點數。

主席

醫院的話就是薪水。

翁德育代表

OK，那就是他的所得。

主席

所得不是今年申報數，對，是指主治醫師。

翁德育代表

是所得還是收入？

主席

所得。是連獎金那些都算進來。

翁德育代表

我要先確認這件事情是所得，沒有錯？

陳依婕科長

我們唸一段在調查時的備註，備註寫的是每人每年的平均薪資，包含本薪、各項津貼、獎金(含 PF)、加班費、公、勞保費、健保費及退休金等醫院實際支出的成本。

翁德育代表

對，就是應拿的所得，就是會比他實際拿到口袋的高一點。再請問現在換算所得的話，我們現在換算的是點數，點數與所得是不一樣的。

主席

因為每一項醫令一定有醫師投入的時間，所以要算醫師的成本，就是這個項目醫師的成本把它換算成每分鐘，然後再乘上你們認為的耗用時間，所以每一項都是你們對牙科醫令來講是用人成本占率是高的。

翁德育代表

所得跟申報點數是不一樣。

主席

當然。

翁德育代表

怎麼會用所得來說我們的點數應該是多少呢？我們的點數乘以 20% 才是我們所得。

翁德育代表

你現在講的是薪資，OK，那我如果今天健保申報 50 萬點，我的所得是多少，我是 20% 啊，我說的是 10 萬。OK，我們現在用我的所得來回推我們的點數，就不太合理啊。

主席

怎麼不合理，已經混掉了，這個點數是我們認為要付出去的單價，對不對？對呀，比如說根管治療，我們到底要付多少錢是合理的，當然最後會變成點數沒有錯，點數有點值的問題，這個事先不要講，因為今年 1 點 1 元了。我們換算給你們的錢合理不合理，當然就要知道這一項服務裡面各項成本加起來，包括用人成本，用人成本的部分，我剛剛有提到，我們去 survey 醫院的牙科的主治醫師的年薪，剛剛我們科長有報告那些加起來年薪 397 萬，換算回來是每分鐘成本 34.4，所以我們這個部分是 OK 的，我們就用醫院的年薪當成所有牙醫師的年薪，這點你們沒有意見吧？

翁德育代表

我反對。

主席

那是要更高嗎？

翁德育代表

我在講多少我們都要有所本，OK，剛剛我也講這個是薪資、是所得，所得是這樣回推來這個點數，點數要乘 20% 才是醫師所得，我今天健保申報 50 萬點，可是我的所得 50 萬點是我的收入，我的所得不是 50 萬，按照所得稅法，我是 20%，我是所得是 10 萬，我用所得推點數，這樣不合理嗎？我沒有說一定要幾倍，我是覺得不太合理。

主席

這個方法學是西醫任何一項新增診療項目，或者是要調整診療項目，都是需要有成本分析，健保支付是乘上成本 base，我們是以成本為支付的基準，所以這個東西已經是標準化很多年了，那我們今天牙醫確實有些參數在 survey 的時候，因為我們今年做了全新的 survey，薪水的市場調查，沒有調查牙醫助理，所以這個要補起來。另外一個就是我們只調查醫院的牙醫師，沒有調查診所的牙醫師，所以我們要請教，我們用醫院的牙醫師的年薪，你們可以接受嗎？剛剛有報告，相當於年薪是 397 萬。這是醫院的牙醫師，你們剛剛在講說我們付錢給醫院，醫院的牙醫是抽多少，我一點都不知道，我們不去提

那個，因為醫院抽多少跟他有沒有本薪都有關係，可能有一個本薪或底薪，然後再論量去抽成，所以不能用抽成來算，我們那個不處理，我們只處理醫院的牙醫是真正領的薪水，所以我們問兩個問題，一個是我們用醫院的年薪來算以後我們的所有的新的支付標準或調整出標準的參數，你們同不同意，如果你們不同意，要修正也可以。第二個我們不知道牙科助理的薪資，所以可不可以用最快的時間回給我們，否則我們還要再去 survey，這會來不及，可是你們全聯會給我們的薪資也可以換算成年薪，就是牙科助理的年薪，我們就可以依照所有參數的方式計算，可以算出每人每分鐘成本，因為我們還要去算工作負荷比。

林敬修代表

我們全聯會要去調查人家薪水多少，對我們來說有困難，是不是像你們比照醫院的行政人員這樣做就可以了。

主席

我們就認為不是啊。

林敬修代表

我們很難調查，我沒有資格去調查人家薪水多少錢。

謝偉明代表

就像醫師這部分醫院跟診所其實也是有一定落差，但是在調查上面

確實有他辛苦的地方，所以我覺得這個東西我們可以接受根據醫院調查出來醫師的成本，我們來做變動，同步也是我們行政助理部分，行政助理需要做的事情，包括助理，包括跟診，其實他做行政蠻多的，常常夜診，所以我是建議要同一個標準，就用醫院那個調查數據。

主席

可是醫院就是沒有調查牙醫助理，那是一般行政人員的薪水。

謝偉明代表

我們覺得我們工作比他們更累，目前暫時用這樣的數字大概吳主任有討論過，大家都可以接受的話。

主席

護士薪資現在很高。這個部分我們需要有這兩個參數，然後回頭再校正，所以這項可能會保留，吳醫師有意見嗎？

吳迪代表

原則上以這個費用上來講，因為我們前兩年的都已經利用這個校正狀況去做試算，如果要在短時間去調查完，然後要給署方，我希望說這個給我們帶回去做討論是沒錯，但是不是今年度我們的這個計算還是用這個方式做處理。

主席

我們同仁再研議，這個先保留，議程繼續從討 4-7 頁往後說明支付標準的修訂，這項單價的調整，等一下再做決議，因為有兩個很重要的參數現在是沒有辦法確定的，是不是可以請大家翻開討 4-7 頁以下的修正，我們一個一個把它過濾通過，好不好？請同仁就討 4-7 頁這邊開始。

陳依婕科長

討 4-7 頁的第一項是咬翼式 X 光攝影，這個項目全聯會建議把現行的備註 2「需含小白齒部分」文字給刪除，原因是因為考量近年的臨床實務經驗因為不是所有個案都可以拍攝到小白齒，所以建議修正文字要審查的時候有一致性的做法，不是放寬適應症，所以不會增加費用。

主席

OK，這項是我們同意的，刪除，接下來。

陳依婕科長

在第二個是 90008C 去除釘柱，這次是建議後面加「-每釘柱數」讓文字更明確，本署是同意文字修訂的。

主席

這個也是通過的，接下來。

陳依婕科長

第三個是 90021C 特殊狀況—保護性肢體制約，這個項目是建議在支付規範的備註 2，原本是限牙特計畫裡面重度以上的適用對象和牙醫醫療服務的時候可以申報，但這次牙全會是建議改為中度以上的適用對象，本署意見，第一點是考量束縛會對病人造成過度的制約，為了維護病人的醫療權益，我們建議中度患者是不是應該搭配什麼樣的特定條件情況下，才可以使用保護性的肢體制約，另外本署針對這個項目推估預算，如果以重度以上有申報本項的這個比例來推估中度的病人來申報這個項目，大概會增加 2.3 百萬點，以上。

主席

這個部分，因為原來的建議的修正條文是直接把重度改成中度，表示身障的人中度以上，如果需要做什麼處理的話，都可以肢體制約，其實我們以前在西醫也有類似的醫令，病人有很多管路，對他也是有制約，護理人員就把病患綁在床的兩邊欄杆上，然後不要讓他去把自己的管路拔掉，可是後來爆量了，對很多病人來講都是非常的殘忍。我們身障的病人也一樣，因為你把重度改成中度，當然中度以上是不是也有特殊狀況需要肢體制約？我同意，但是如果直接這樣修改會不會有過度，所以我們建議是說，如果你要把它改重度，我們原條文就是重度了，如果是改成中度，是不是要在那些特定條件之下才是可以的，把它敘明清楚，而不是所有中度都可以。

簡志成代表

主席跟各位報告一下，這裡所謂的符合資格，並不是所有持有身障手冊的病人都符合牙特資格，譬如說聽障，或者不符合資格者，當然他連約束都不行，我們這次是符合我們資格的，就是在計劃裡面的，那因為每一種障別，它都有它的特定性，現在情況就是我把某一種障別，比如說我假設把自閉症寫進去，那非自閉症其他的可不可以，如果他有這個需求，因為現在是很多中度的，因為現在如果沒有這樣的話，我們的治療方式無外乎兩種。第一個就是一開始的安撫誘導，再不行就全麻，尤其最近的情況全麻，大家都很緊張，但是我剛講可以綁，可是中度的不能綁，而且我們現在不是我說綁就綁，我們第一個家屬跟親友一定要同意書。第二個要有照片，所以也不是說我想綁我就可以綁，也不是說我寫一寫 paperwork，就是有綁，我們都要後面附同意書跟照片，所以這個部分在量上來講一定會有所節制是這樣，我們之前開放重度以上，他的量也沒有爆出來，他就是重度以上，每個來都綁，而是我們實務上的確碰到很多中度的病人，但可能他的四肢運動，甚至他的意識比較一般清楚的，他抵抗起來的話，我們真的在一般的方式沒辦法去做處理，現在情況大家對全麻有些疑慮的時候，我們只能由中間這個部分來去做介入，不然這些治療可能就真的都沒辦法，所以我們在後面避免爆量，我後面加註

了第一個就要同意書，第二個還要附照片，所以並不是說我一開這個就馬上大家直接電腦 key in 加手寫，我就報上去了，不是這樣子的。

主席

可是這部份很難一一審查。

簡志成代表

這個部分的話，基本上他都屬於 routine 的抽查範圍內，雖然牙特有些排外，但還是必須要接受專業審查，所以這個部分他只要一抽到，他就要附同意書及 X 光照片，這個是在支付標準都已經寫清楚了，必須要附這些東西，所以他如果真的胡報亂報，附不出同意書及 X 光照片，照片規定還要有身份證明或健保卡，就要照相起來，所以那個部分的嚴謹度，再加上現在的家屬意識，我想如果不是到必要，他也不會簽同意書，說我同意你綁我們家的小孩或我們家的個案，所以這部分是因為我們現在很多實務，就像就是我個人看到很多中度的自閉症或智能障礙或其他的 180 公分比我高、體格又好，要怎麼抓啊？那請他們說要去做全麻，家屬說一定要去全麻嗎？所以把他適度放寬到這樣的一個情況，讓大家在運用上需要的，他才有這個依據，以現在的中度來講，我沒辦法做這個情況，只能去醫院排隊做全麻了。

主席

大家有沒有意見，這是我們署裡關心的，直接從重度改成中度的疑慮，也表達我們的意見，付費者代表，請專家學者黃醫師。

黃純德代表

因為最近的這個全身麻醉的那個案件，對許多的家長造成很大的衝擊。

主席

那個是一次拔 20 顆牙，為什麼要一次拔 20 顆？

黃純德代表

基本上我們先不提為什麼要拔 20 顆牙齒，或要分幾次的這個問題的，因為身心障礙者，事實上他的障礙種類或是嚴重程度跟我們牙科在治療的這一個困難度，有時候並沒有一個匹配。大家可能會想說輕度的，是不是就很好做，事實上不見得，反而輕度的有時他自己的意見就很多，所以反而更難做，所以說現在是開放到中度的話，我覺得是這個是可以，當然剛才全聯會這邊也有講到說一個就是照相，另一個是同意書，這個是一定要有的。當然就是盡量先用安撫的方法，在沒有辦法的情況之下，再來做這一種約束，做這個約束的時候，盡量是以撫慰患者跟家屬的這種心情這麼來做，最好是不要講用綁的，就說約束，因為現在大家重視對於身心障礙者的權益，他們也是有

他們的人權，我們也不能夠隨便就把他約束，所以我是覺得因為這個部分要有很明確的一個 criteria 大概就只有錄影，不過要錄影，把這些資料寄到健保署，我覺得說用照相這是一個可以替代的辦法。

主席

如果是照專家們及簡醫師所講的意思，說中、重度的障別都跟他會不會需要肢體制約是無關的。

簡志成代表

應該是說跟個案的情況。

主席

對，所以輕度的也需要。

簡志成代表

但是就像主席顧慮的會不會有全部都申報，所以我們不敢開放到輕度，就是說之前中度不開放，但是這幾年執行下來發現有些中度的有這個需求，我們是不是把適合的開放到中度。假設以後萬一真有這需求，這個執行量、執行率都效果不錯，我們做的控管都不錯，輕度有需求再考慮開放輕度，但我們不是說我們要到這樣，我們現在中度有這個需求出來，我們怎麼去滿足這個需求，不要他們只有在安撫然後可能看不了，下次再來看再安撫，或者就直接送去全麻，而沒有中間可以接受治療的。

徐邦賢代表

我們實際上也真的有遇到這樣的狀況，所以才會提案，然後今年的非協商經費還夠，還在允許範圍內。

簡志成代表

因為我想這個部分有沒有類似爆量的話，署應該有可以看得到資料，基本上我們在這一塊約束，即使在中度我們也沒有所謂的爆量的成長。

主席

如果是這樣的話，當然是支持的，看起來是連專家學者都支持，我們的黃教授也支持，我們就同意，但是我們要有一個但書，如果是過度的去制約的時候，我們要回頭來檢討，因為這其實是很嚴肅的事情，因為這一群人是弱勢，那中度如果還可以，真的不要動不動就給他約束，我們可以有這樣合議，我們就寫入會議記錄，我們可能一年之後會監控，如果有超過比如說現在重症的比例，重症約束的比例，中度還比重度多，我們就得檢討，這樣可以嗎？可以，大家有沒有意見，沒有，我們這一條就通過，接下來。

陳依婕科長

我補充一下剛剛這個項目，因為對象是牙特的病人，所以預算來源會有牙特預算的支應。在下一項是討 4-8 頁的牙周暨齶齒控制基本

處置，這個項目這次牙全會是建議開放 91003C 是局部牙結石清除也可以併同申報到這個項目，但原因請看牙全會說明欄第四點：有的病人可能因為某個的象限缺牙，導致沒有辦法申報全口洗牙，然後改申報某幾個象限的局部洗牙，導致沒有辦法跟這個項目併同申報，恐怕喪失病人透過牙菌斑偵測來增進口腔自我清潔的權益。這項本署說明我們看第 2 點，因為我們現在如果開放了局部牙結石清除的話，我們會擔心會不會有過度申報的問題，請全年會提出 91003C 這個項目的在什麼樣的特殊情形下，比如說剛剛提到這個條件，他可能是因為某象限缺牙，導致他沒有辦法申報全口洗牙情況下導致需要在自我局部牙結石清除的時候需要做到這個項目，這樣子可能會讓這個規範更加嚴謹。

另外本署有做財務影響的評估，我們是以有申報 91003C 的醫令數來推估，大概會增加 800 萬點。

主席

依婕科長講的意思是說，如果你的修訂內容只是把 91003C 放進去，並沒有去敘明理由，你的理由是說病人因為某個象限缺牙，所以沒有辦法申報全口洗牙，是這個因素才需要把這個放進去，而不是所有的牙結石，局部的牙結石清除都可以併同申報這個醫令，所以你說明以後修訂之後只會變成修訂內容，已經看不到修訂的理由，修

訂的理由其實是有道理的，可是在以後修訂的內容只會看到 91003C 可以併同，並沒有講在什麼情況之下可以併同，所以你要不要把全聯會說明的理由的(四)在文字上敘明在如果要 91003C 可以併同申報是在什麼樣的情況之下，要不然以後就無頭公案，就是都可以的意思，因為你們的理由是因為病人某一些象限缺牙，沒有辦法申報全口牙結石洗牙，所以才會希望把這個放進去，可是你沒有把這個條件寫在支付標準修訂的內容裡面，以後就變成所有的局部牙結石清除都可以併同申報 91014C，對吧？所以我們這邊認為同意你放進去，因為你的理由很好，可是以後修訂之後，看不到你的理由，修訂的文字給我們，補修訂的文字內容。接下來下一案。

陳依婕科長

討 4-9 頁瘻管切除術這個項目，牙全會建議分類備註在病歷上，並載明清楚瘻管的位置、病因及處置方式，本項本署同意文字的修訂。

主席

這個我們就同意了，這個就照修正，再下一案。

陳依婕科長

再下一個是手術拔除深部阻生齒，這個項目牙全會是沒有要放寬適應症的，只是補充一些臨床專業上有共同定義的文字，讓語意更完整，也讓醫生在申報、審查的時候有一致的標準，這個項目本署意見

是因為是文字修正，希望讓臨床更有共識，不是放寬適應症，不會增加財務費用，以上。

主席

這一項，我們可不可以請黃教授幫我們看一下這個 92063C 文字。

徐邦賢代表

我能不能補充說明，我們在全會討論相當的久，也請我們的口腔外科學會，每次都一定要列席及提供意見，為什麼寫出這麼多，是因為我們在爭審範圍那邊有遇到困難，我們如果支付標準沒有寫清楚的話，我們在爭審那裡常常會遇到判斷上的模糊，就是把它寫得更清楚，因為我們之前都大部分有時候是一邊是靠圖解，但那個圖有時候大家的一個誤差，所以我們把圖化為文字。

主席

我知道這很專業，我們本會就是有專家學者，我們再麻煩黃教授幫我們 recheck 一下，這個就留給黃教授，接下來往下。

陳依婕科長

討 4-11 及 4-12 項目，分別是「定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療」及「非口腔癌與癌前病變追蹤治療」，這次修改的部分是修正英文名稱、癌前病變的 ICD-10-CM，查原先之 ICD-10-CM 碼 D10.30 為「未明示部位口之良性腫瘤」建議修訂為 K13.29 為「其他口腔病變，包

括舌部」，項目的修正是為更貼近臨床實務狀況，非放寬適應症，故不增加費用，本項修正。

主席

這個就照你們的說明。

邱昶達代表

92090C 跟 92091C 跟署裡反應 2 個問題，為什麼修正，因為中文名稱就叫做定期性口腔癌與癌前病變追蹤，因為當初很多分區都反應都被行政核刪，是因為署裡面只有跑那個 ICD10 那些，對於真的口腔癌病反而被核刪，所以請這個部分不要再行政核刪口腔癌的病人，這是第 1 個部分，第 2 個部分有一個盲點，我們訂這個目的是希望說病人可以定期追蹤，減少將來進一步的癌症健保支出，如果說這個病人報了這個 92091C，就是說他很久沒有回來追蹤，後來又乖乖回來追蹤了，應該是可以申報 92090C，但是署裡面還是把他行政核刪了，這個是第 2 個要反應的，就是他本來是 91 不定期追蹤，後來他配合了，60 天內又回來追蹤，應該是可以再繼續申報 90 的，那第 3 個我們建議是有些分區反應這個有些人鑽漏洞，他 92091C 報完之後又去報 92090C，所以建議 92091C 第 6 項「本項適用距前次追蹤治療時間超過 180 天者申報」，再加上一個「60 天內不得再申報 92090」，以上。

主席

六十天內不得再申報 92090C，對不對？就是再加上這一句話，是加再 92091C 的第六點的後面，好，那這個修正可以嗎？吳醫師。

吳迪代表

報告主席，這個已經有來文到全聯會了，全聯會也做了回應，那現在如果要去修正，需要有一個修正的建議，但實際上我們會還沒有開會討論，文字修正的建議事實上跟現有文字的精神是一樣的，出現的問題還是行政檢核邏輯的問題，而不在於文字修改的狀態，所以建議不要現在貿然的把文字落下去，實際上要通盤的考量 92090C 及 92091C，如果真的要將文字修到讓邏輯看起來很清楚，其實說實在的從 P45001 及 P45002 轉變到 92090C 及 92091 以來，之前那個邏輯就一直跑到現在，是今年才出現行政核減邏輯的問題，其實這問題本來就不存在，本來就存在的問題是檢核狀態，包括說距前次追蹤治療的時間間隔，本來就是指定的，但不管他前次是 92090C 還是 92091C，這本來就沒有指定，當然若是希望寫行政邏輯時，需要把文字寫的更清楚的話，我們這邊建議是會裡面把文字整個討論再送上來，但實際上就現在發生行政核減的問題出現的時候，我們已經跟各分會審查醫師宣導過這個問題了，包括像剛剛提到併報的問題，是不可能存在的，或者說突然間從 92091 跳到可以申報 92090，這個

邏輯都不存在，原則上我們只要遇到上述行政核減邏輯誤刪，申復後我們都會予以補付，那像剛剛講的 92091C 後時間不足期間又報 92090C 的問題的時候，那我們看到一定是核刪。所以其實邏輯是完全沒有變，但是是在行政邏輯上出了一點狀況，建議如果要修，我們會把文字做通盤的討論，謝謝。

主席

好，希望你們再提文字修正，另外一個是剛剛邱醫師再講說，我們會去查 ICD-10-CM 的碼，那這個部分電腦都會做，其實是電腦做的，你們現在修正成 K13.29，這要跟你們同儕好好去宣導，要 KEY 正確，這是分類的問題，就是在編碼的時候就要編對，好，那這一項也是暫保留，文字待修正，好，接下來下一案。

陳依婕科長

下一案是討 4-13 頁-牙醫急症處置，這次建議在名稱後面增列「每次」，本署意見是「每次」是不是表示「每次門診限申報 1 次」的意思？若是的話，那建議直接將名稱改為「牙醫急症處置-每次門診限申報 1 次」，以上。

主席

是否這裡的「每次」，是表示「每次門診限申報 1 次」的意思嗎？若是的話，那我們就直接落文字，好嗎？因為你寫每次，不瞭解這是什

麼意思？可以嗎？

吳迪代表

主席，那個我不是說這個樣子不好，但實際我們有很多支付表都是寫「每次」，但實際大家都知道是每次門診的意思。

主席

好，那就連下面的「92094C」也是一樣。我們可以回去再研究一下其他的項目，好不好？可以嗎？

吳迪代表

如果是這樣，那就好。

主席

一致性，對不對？好，就一致性，那「92094C」就是這樣。

陳依婕科長

另外在「92094C」全聯會有建議在規範備註 6 的地方增列「同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C 除外)」，這個項目本署說明是必須請全聯會說明何謂「非緊急處置醫令」，因為這個在實務上分區會遇到有院所來做詢問，另外因為「92094C」這個項目報的是診所的「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」，這邊全聯會建議增列註 6 的地方規範，但是在前一個項目「92093B」醫院的急症處置這邊沒有建議增列規範，我們是建議兩個醫令都一

致性，如果要增列的話，是兩個醫令都一起加入這個備註。

主席

好，吳醫師

吳迪代表

我說明一下，所謂的非緊急處置醫令，我們先看到備註內不得同時申報的 34001C、34002c 是 X 光片，就表示是說這些 X 光片檢查是內含的，然後後續的 90004C 一直到 92096C 全部都是緊急處置，這些醫令全部都是緊急處置，其餘的都不是。

主席

90 開始的？

吳迪代表

90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C 這些都是緊急處置，這些以外的都不是，另外是因為說有些時候的緊急處置，是不內含麻藥的，所以這邊會出現的 96001C 除外。

主席

好，92094C 備註 6 文字在前面那一項(92093B)是不是也要加入？新增的那段文字，在 92093B 的備註 4 文字是否要一致性？是不是 2 個醫令都要新增？黎醫師。

黎達明代表

理論上文字應該是要一致性，不知道為什麼在討論的時候會有不一致的內容？

主席

所以你認為 92093B 也可以把備註 4 修改為與 92094C 備註 6 的內容相同嗎？

黎達明代表

對。

主席

這是我們一樣的問題，答案是什麼？要還是不要？剛剛黎醫師說應該要改成一樣，你們呢？好，加入。

徐邦賢代表

請在會議紀錄上備註說明醫院牙科代表同意，因為在會內那邊沒有發言，在這裡發言，會覺得很奇怪。

主席

會議有實錄，好，92093B 與 92094C 的文字就修正成一樣，那接下來下一個。

陳依婕科長

下一個是討 4-16 頁的牙齒外傷急症處理，這個項目的備註第 1 點原本是寫「限恆牙申報」，牙全會這次建議要明確定義處置完成的狀態

為「限恆牙完成牙齒復位與固定後申報(齒槽骨復位、傷口清創、軟組織止血與縫合已內含)」，本署的意見是建議將語意修的通順，以上說明。

主席

好，怎麼樣修的通順？

陳依婕科長

就是括弧部分改成「已內含齒槽骨復位、傷口清創、軟組織止血與縫合」。

主席

「已內含」搬到前面，意思一樣，中文比較好聽，可以嗎？有沒有改變你們的意思？「已內含齒槽骨復位、傷口清創、軟組織止血與縫合」，中文語意比較順，動詞在前面，然後再來是名詞，吳醫師，你要想一下？

吳迪代表

因為「已內含」後面的這些所有的事情，代表說他所有的操作上，就是每一個都一定要包含進去，感覺是說全部的內容都一定要包含，操作的內容全部都要包含進去。

主席

所以呢？

吳迪代表

的確有些時候、有些患者的狀態，不一定是通通做到的，所以語意上來說，我們只是想說不管你做了齒槽骨復位、傷口清創…，這些通通都做到，不管怎麼樣，不可能再多申報這些的意思，而不是你要去把一個步驟完成到這個樣子，才叫做完成，就像齒槽骨復位這件事情，就像現在常常發生就是牙齒固定完了，需要復位的齒槽骨或其他傷口清創，用另一個醫令代碼來做申報，這件事情是我們不能接受的，所以這2種語意會覺得處置的過程不一樣。

主席

那可不可以改一下，「已內含…」，最後的那個「與」改成「或」，你的顧慮就沒有了，因為你說已內含並不代表他都有做嘛，若是「與」的話，就是代表都做嘛，那如果改成「或」呢？。

吳迪代表

多加「費用」，「費用已內含」。

主席

好，那就逗點之後改「費用已內含」，那就照你的意思修正。

邱昶達代表

不好意思，剛剛黎代表所提部分，醫院牙醫學會討論後決定支持全聯會原來的方案，就是「92093B」就支持全聯會原來的方案。

主席

就是不要加成一樣？

邱昶達代表

對，就照全聯會的版本。

林敬修代表

我們不加是醫院檢傷分類再進來，比較不會有同一個部位在做其他處置的問題，所以 93 那個時候才沒有加。

主席

好，那醫院代表也同意了，那一項就不加了，92094C 也通過，92096C 文字也做修正，再往下。

醫務管理組支付標準科宋兆喻

接下來是 92098C 「顱顎關節障礙特殊檢查費-複診」，全聯會提案新增備註 3 「經保守性治療 1 個月後才得以申報」，及備註 4 「病歷抽審應附六個月內檢查表備查」。針對備註 3 的部分請全聯會說明，為什麼保守性治療需要 1 個月後才能執行本項，就是區間(1 個月)是如何定義？第 2 項考量後續審查作業，所以同意增列備註 4，以上。

主席

好，請說明。

吳迪代表

就顛顎關節整個發展的過程來講，其實每個治療步驟都是從保守治療開始，包括藥物控制、軟食…這些建議，追蹤過後，確定有無後續問題，通常有時候只是急性的問題，並不是一開始就可以分判出是急性還是慢性，所以原則上還是從保守治療開始，而不是一開始就可以從很複雜的處理開始做起，是這個樣子的，所以我們才會建議說 1 個月的保守治療時間，才能申報這個醫令，因為看到的問題，包括從初診到複診的部分，常常會看到說很快速的就進到複診了，到底做了那些處置內容，也沒有記載。

主席

這個我們都同意，就是醫學上你們覺得怎麼樣，可是這一句話，以後操作上會有困難，「1 個月後」很明確，對不對？但是他有沒有做保守治療，所以如果他來申報複診，那我們不知道這個前提有沒有達到？

吳迪代表

如果是這個樣子的話，是不是可以建議說這一句話能夠放在審查注意事項裡面，我們也可以接受，因為像比方說我們在做牙周翻瓣手術治療的時候，有落類似的文字，當然這是我們在審查的一個依據，有些狀況可以這樣做處理，也不一定要落在支付表裡面，當然如果在抓時間操作上是有困難的時候，那我們當然是用專業審查去看，

我們就去修審查注意事項。

主席

好，這一項備註 3 放在這裡不好操作，但是就是「1 個月後」很好知道，但是就不知道有沒有經過保守性治療，所以這一項就移到審查注意事項，在這裡就不列了，這裡就只增列「病歷抽審應附六個月內檢查表備查」，好，那這項就這樣通過，接下來請兆喻。

醫務管理組支付標準科宋兆喻

接下來是全聯會提案修訂第五章牙周病統合治療方案的通則三支付規範，全聯會提的是第一到第三階段的治療期間內，或自申報第一階段起 180 天內不得再申報牙周病章節項目。本署說明的部分，請大家看到第 1 點，其實第三章牙周病學項目包括很多治療項目，像牙結石清除術、齒齦內刮除術、牙周骨膜翻開術…等等。第 2 點是牙周病的第 2 階段治療，支付內容就是「全口齒齦下刮除術」，及提供牙菌斑進階去除指導。請大家翻到下一頁，第 3 點同意全聯會的說法，就是醫病雙方都應該要以完成牙周病統合治療療程為目標，但是實務上署這邊常常都會接到民眾打電話來反應，病人如果不想參加牙周第一階段治療的時候，院所常常自立名目跟民眾說，那就不能參加健保給付的牙周病治療，改以自費治療跟民眾收取自費。第 4 點是按照之前全聯會所提的，從第一階段 180 天內，病人如果

已經參加牙周病方案，病人做了第一階段治療 180 天內就不能再申報牙周病章節相關診療項目，這樣會造成病人如果在同一個院所內，同時也不能接受 91006C~91008C 的「全口齒齦下刮除術」，這會限縮病人治療權益的。所以請全聯會再審慎評估填列此項通則的必要性，因為全聯會提的想法是醫病雙方都要已達成牙周統合治療為目標，這是最理想化的狀況，但實務上還是很常會遇到病人參加牙周統合方案，但是最後他說不做了，這也是署這邊常常接獲民眾反應的困擾，以上。主席

好，謝謝兆喻。

吳迪代表

申報 91021C 之後，沒有把整個方案做完，這是不是浪費？我們整個 91021C~91023C，要求你在 180 天內這個治療完成，這個是合理吧？所以如果患者被申報 91021C 之後，反悔不想做了，到底問題是出在醫生本身還是患者本身？問題就在這個地方，你沒有拿定主義，突然又反悔，你今天已經把健保資源給用了，然後後來又不要用了，這叫做限縮他的治療權益嗎？你先用了，可是不要把更完整的治療做完，只想做部分，這是患者對自身權益不負責任的行為，我們不可以同意這種事情，患者要負起自身責任。那第 3 樣談到的事情跟這個是無關的，他會不會變成去要求自費，那是院所本身的問題，我們本

來就講過在統合治療方面，應該要做什麼，他本來就不能去收費，除了明列可以做的項目，這是需要去做處理的，而不是在這個通則原則裡面談，我們希望大家都能夠把事情做好，而實際上從牙統專案時期開始，我們在審查就是這個樣子，我們就是不能同意說你今天做到一半後，去做其他的治療，你該做的都沒有做完，這就不合理，像我剛剛講的牙周病翻瓣手術這件事情，他必須要把治療過程做完才可以去做，像全口牙齦清除之後至少要觀察病情完才可以做手術，你連最基本都沒有做了，就直接做牙周病翻瓣手術，那請你提出專業的處理說明，我們並沒有限縮，所有的治療都是一個步驟一個步驟，如果不能配合，那兩造之間出了問題，那就很難說了，我不認為說我們自己願意把本份做好，去要求院所做這些事情，有什麼不合理。那今天患者說維護權益這件事情，就像剛說的要降規，這是健保給予的患者就醫權利，有天大到這種程度嗎？我付了錢想做什麼就做什麼，不是這個樣子的。我想這邊的概念是這個樣子的，剛剛有講就是 91021C 就是 180 天內患者如果願意再回來，就是願意把整個治療都做完，等都做完了，再去談其他的事情，這都合理的。牙統治療超過 180 天未完成的話，那就是他的權益不見了，我們常常碰到一些患者就是說，尤其像最近 COVID-19 的事情，患者收案了之後，半年後就說不敢來，那他的權益已經受損了，我能怎麼辦？像患者

後續要做治療，我什麼費用也都不可以申報，我也可以接受，大家都可以接受，為什麼要去自我設限，因為我們還是有努力完成牙統的方向，畢竟 COVID-19 疫情是一個特例，而不是一個常態存在的問題，點是在這個地方。

主席

這邊同仁在反應的是說常常接到民眾反應說，他如果中途不做的話，院所就跟他說服改成牙周自費治療。徐代表。

徐邦賢代表

因為牙統治療方案已經行之有年，包括以前規定的源由，是不是可以請我們顧問說明。

主席

好，顧問代表發言。

陳彥廷醫師

不好意思，一般來說若他沒有完成，那院所要求自費，那其實是不同的故事，那這 2 個項目其實是重複的，那只是他要求的內容不同，所以我想沒有必要放寬這一個。

主席

那你認為院所要求民眾改自費牙周治療是對的嗎？

陳彥廷醫師

我也覺得很奇怪是說，病人不願意配合做某些事，他希望院所直接用雷射或做到下一個階段，這個時候其實是沒有按照醫療常規，那我們不應該是 support 這件事。

主席

但現在是院所向民眾表示如果不繼續，你就改自費牙周治療，這樣好像是院所說服民眾改成雷射、其他名目的牙周治療，那這樣子是對的還是不對的？

陳彥廷醫師

我現在在講的是這病人沒有完成牙周統合治療，那他是不是可以用另外一個牙周項目來申報？這個我們在健保上會認為你重複治療了，那至於剛剛講的，鼓勵自費治療，我想那個是例外，那如果他違反了我們相關的法規，就按相關的法規處理，我們不要因為一些例外，將原來的遊戲規則打破了，我們不應該跟著他走，而是應該要回到常規。

主席

所以你們現在加的這一段，就是如果 180 天內沒有完成，就不得再申報牙周相關的項目，就是希望他把治療都完成的意思，就是牙周統合計畫療程要完成，但是我們確實有收到民眾的申訴，都是說改成自費，那剛剛顧問代表就講說，那這個是例外，他是一個例外，不

是合理的，那如果有這樣的話，那建議我們應該怎麼回答？

陳彥廷醫師

建議他要接受完整治療。

主席

所以說就建議民眾要去接受完整治療，但如果說是院所建議他要這樣做，因為自費的牙周治療都不便宜，民眾要自費蠻多的。

林敬修代表

主席，像這一段我的認知是這個樣子，一個病人我們叫他做牙周統合計畫，那事實上是我們健保對牙周病的治療是比較完整的，治療了1次之後，可能覺得這個計畫跟他想的不一樣，還是認為不夠好，可是已經是在健保下面最好的牙周病照顧了，那可能醫師跟他說他要直接做雷射或手術，那這本來就不在健保範圍內，會不會因為這一句話，對病人來講醫師是要給他自費，可能是這個意思，就是現行最好的牙周統合計畫你已經覺得不行了。

主席

好，那如果是這個樣子的話，因為民眾會來講就是院所說服他就改成自費，就是否定了健保的牙周統合計畫了，那如果是這個樣子，我們是鼓勵還是不鼓勵？因為當我們將這句話加上之後院所就會受限，院所就不如說服病人改成自費的牙周治療，那就會變成我們

的牙周綜合治療的未完成率有開一個缺口，對不對？

林敬修代表

從上面看起來是院所連統合照護計畫都不要，所以問題不在於說統合照護計畫。

主席

可能一開始要，但是後來就不想繼續參加，是這樣子，因為 180 天是 6 個月，應該是醫師要好好的跟病人說服說這個方案對你是最好的，而且這一個 package 也不便宜，對不對？可是呢？我們現在要講說，我們同意你們這樣子修，好不好？前提是同意你們這樣子修，但是如果病人來申訴時，我們應該要怎麼跟他說明，那如果是院所說服他，引導他要這樣子做，我們應該要怎麼辦？叫病人繼續做嗎？那病人說那要換一家嗎？因為那家叫他改成自費，應該怎麼辦？

林敬修代表

剛講的是病人先不想要參加這個計畫。

主席

這一定都是有過程。

林敬修代表

因為這邊寫的是病人不想參加計畫的時候，才会有後續醫師跟他介紹自費的項目，所以基本上開始的點還是病人。

主席

我們同意就是如果有這種電話，請同仁要記下來轉給分區，今天分區也都在，第 1 個就是要告訴病人牙周統合計畫的優點，對你的好處，你應該耐心的將整個治療做完，一定會改善。第 2 個就是病人一直表示是院所一直在說服的，那應該怎麼表示？建議他換一家？還是接受？還是隨便他？

謝偉明代表

對病人端而言，他被做的事情是一樣的，只是我們在院所申報的計畫不一樣而已，所以病人如果不願意走完的話，他也不想做 06、08，他就會想說有沒有不要打麻藥，不用流血的方式治療，醫師才會提說有其他的自費方式選擇，適當宣導還是說照健保目前給付的方式去完整的做，那他如果不願意在這個院所裡面做了，那他到別家也是可以把 06、08 繼續做完，用這個修訂並沒有去擋其他院所繼續牙周病的治療。就計畫而言，21 到 23 或是 06 到 08，對他來講都是治療，都是在健保給付範圍內，這不影響。

主席

如果我們現在統一口徑，如果病人有這種情形，我們就應該回頭跟他講牙科統合計畫的優點，對你的好處，這個療程你一定要耐心的把它做完，說服他回去把它完成，這是共識。第二個如果他說沒有

啊，這個醫院就一直說服我說改成什麼，我們就還是跟他講說，你真的不願意的話，如果這家的態度你覺得不好的話，你是不是換家院所，那換一家就是換一家處理。我們可不可以標準化這樣回答我們的共識是這樣，沒有問題嘛，我們的同仁就這樣記錄，如果這樣子他也不怎麼樣，自己就考慮要不要自費，就只能這樣嗎？第一個我們還是得告訴他說，你可能誤會了，這個治療是不是太長，你沒有耐性，還是這個東西對你不好，那這個我們的回答就是這個治療是好的。

謝偉明代表

就是說這個牙周統合照護計劃是做比較完整的，那包括資料的收集，要包括你之後你可以做三個月一次的牙科性治療，你如果換到別家去，你可能就是走到舊制度裡面去，當然就會少了這樣的福利，也可以讓病人了解。

主席

對，所以我們要完整的說明牙統，然後再加上後面的保固。

陳彥廷醫師

我自己臨床上也有遇過，他就是怕痛又不想打針，這種他所有的治療都不會做，至於說他要不要其他治療方式，那就是自費的辦理，我們不應該讓他有這樣的想像說可以這樣遊走，你跑第二家、第三家

還發現還要在打針，他一樣做一半就跑掉，所以那些病人要教育。

主席

所以我們電話來就要教育他。

陳彥廷醫師

多數的病人會自己 no show，他不會跟你講任何的話，所以我覺得這件事情要我們醫療提供者端，他如果願意來，我們會講。可是他會出現，多半你爽約的時候，你敢來嗎？你會再跟我談電話嗎？不太會，他就是當時沒有出現，像這一類的病人，其實我自己是很憤怒，我有很多平台約了很久，你都把時間約好，結果又不來，所以我們也很困擾這些事，所以我不覺得說我們應該為了這些病人，為了他的權益，還有很多的後門，到時候你會出現很多病人到處游走，同一個治療跑了三、四家，真的不好。

主席

所以請兆喻再說明。

醫務管理組支付標準科宋兆喻

跟主席報告，其實我們這邊想要反映的是病人常打電話表示參加牙周方案後，改變心意不想做，不曉得為什麼院所會告訴民眾說，健保就只付牙周病統合治療方案。實際上我們在論量支付標準中，健保付的 91006~91008，是相同的治療方式。但院所會直接告訴病人，我

們就只做牙周病統合治療方案，如果你不做牙周病統合治療方案，有什麼自費的選項，健保一直都有給付 91006~91008，這個項目也應該告訴病人，而不是直接告訴病人我們診所只做牙周病統合治療，沒有的話就要自費。這樣的電話署本部常常接到，所以我們才會認為如果增列通則以後會造成爭議，以上。

主席

請謝醫師。

謝偉明代表

聽起來覺得可能是要跟署內的同仁再多做說明，可以做 06、08，可是做的事跟 22、23 是一樣的，所以說其實你這樣子來回答他還是沒有沒有解套的，因為他一樣可以做 06、08？他發現做 06、08 還是一樣的事情，還是他不想做的，你可能再請電話解釋說，講說沒錯，健保就是只有這個。你其他項目也是做一樣的事情，應該讓他們比較清楚這樣的想法，不曉得同仁是否瞭解這樣的精神。

主席

我們同意你們去加這個，希望能夠讓牙周統合照護計劃的完成率更高一點，然後讓每個牙周病的病人可以完成療程，但這立意很好，現在已經接到很多這種電話，就表示這個醫病溝通還是不夠好，其實重點是醫病溝通，不是等到他打電話來，我們再跟他溝通，如果溝通

好，就不會打電話到本署來，並表示診所要求做自費，所以拜託加強醫病溝通。本案就是再強調一遍，如果我們後續再接到這種電話，兆喻就列提案提會討論。本案先通過了，接下來。

黃純德代表

主席，那個 92063C 看過，同時也跟代表討論過，基本上看起來有跟口腔外科學會提出的辦法，92063C 是 OK。

主席

文字都 OK。

黃純德代表

文字都 OK。而是變得更嚴苛了。

主席

更嚴苛，就是更明確了，因為是更明確一點，減少爭審的爭議，謝謝黃醫師，這項也通過了，

主席

接下來再往下。

陳依婕科長

下一個請看討 4~18 頁，我們在附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則，牙全會是建議說修改(14)，原本是感染管制診察費差額，建議配合檢查費的調整改為加強感染管制實施方案診察費差額，本署

同意修正。

主席

好。

陳依婕科長

再來是討 4-19 頁，牙周病緊急處置備註 3，不得併同申報的部分，因為這一次會新增一項糖尿病患者的牙結石清除全口診療項目，所以我們是待這個項目如果同意新增以後，這邊的規範併同修正。

主席

好，再來往下。

陳依婕科長

再來是牙結石清除局部跟全口的部分，這一次翻到討 4-20 頁，牙全會建議增列備註 7 申報本項後 90 天內(含當次)不得再申報 91005C 等等的支付標準。本署的意見是，支付標準講本項目 90 天內不得再申報指的是除了當次以外，就是未來的 90 天內不可以再併同申報項目，另外如果我們要講本次或者同時申報的話，我們會直接寫不得同時申報，所以在右邊健保署意見的部分，我們是建議把它分列成兩點，就是備註 7 本項後 90 天內不得再申報的項目，以及備註 8 不得同時申報的項目，以上。

主席

好，這個修正建議可以嗎？請吳醫師。

吳迪代表

上週我沒有參加會前會，這個所謂「含當次」這件事情，其實我們支付標準表這個 90 天內，其實就包含當次時間，就是含當次，我們首先看到 91017C，是討 4-22，我們核刪第 4 點，實際上會把這個第 4 點當成贅詞刪掉就跟這個部份一樣，這個地方是我們沒有必要，就比方說今天我們其實這一次把糖尿病的東西加上之後，其實已經有 7 種的洗牙項目，我們不可能說在支付標準精神上，病人今天洗牙，病人多一個身分我再多報一次洗牙，這個是不可能存在的邏輯，不管有沒有「含當次」這件事情，其實如果把這個邏輯推到所有的支付標準表上面去，會修不完。其實我根本就不認為說應該把「含當次」3 個字放進去，90 天內不得再申報已經表示同時不得併報。

主席

那將「含當次」就拿掉。

吳迪代表

其實本來這個就屬於很明確的事情，比方說我拔一顆牙，因為難度不同，我還可以報 2 個不同拔牙醫令，已經出現的相同處置，本來就不可能給付 2 次。

主席

所以括弧拿掉？

吳迪代表

所以就是我建議是保持我們第 7 項，然後「含當次」就拿掉。

主席

申報本項 90 天內不得再申報相同的洗牙，這樣明確，這樣下一個也一樣，含當次都拿掉，91005C 是不是就一併改了。

陳依婕科長

是，如果按照前一個項目的話，我們 91005C 的這個備註，90 天內就是含當次，我就不再另外括弧備註。

主席

好，這個也通過了，再來。

陳依婕科長

特定牙周保存治療也是一樣的概念。

主席

好，這個含當次都拿掉。

陳依婕科長

懷孕婦女這個項目我們要提問，因為原本備註 4 的負責同時申報裡面有一個項目是 91014C，這次如果刪掉，他沒有在前一個備註 3 的 90 天內不得併同申報的項目裡頭，是漏掉？

主席

91014C。

吳迪代表

這是贅字，實際上是不能申報，各位看到討 4-8，91014C 需併同 91004C、91005C、91020C 申報，這三項以外的不能併報，所以我們不需要兩邊否定，單向否定就可以，所以才說他是贅字修掉，之後糖尿病也是一樣的邏輯。

主席

對，所以我們 91017C 括弧也拿掉，本項就通過了，接下來。

陳依婕科長

在牙周病支持性治療，91018C 這個項目也是一樣，按照前面的結論是把含當次都拿掉。

主席

這 OK 吧，好，再來 91019C。

陳依婕科長

懷孕婦女牙周緊急處置是把醫令的項目寫進去。

主席

好，再來。

陳依婕科長

特殊狀況牙結石清除，依照剛剛的結論，在備註 5 我們把 90 天內含當次刪掉，然後把醫令增列上去。

主席

好，到這裡是支付標準修訂的內容，剛剛有幾個需要補的，一個就是 91014C 要補內容，然後還有一個是 92091C 要文字整理好、「每次」的文字部分要有一致性，我們建議是每次門診限申報，我們再去 review 其他的說法，那就是一致性，第三就是 92098C 的保守治療一個月後，改審查注意事項，對吧？其他的就是照修正通過了，到這裡有沒有意見？沒有，我們就再往下。

陳依婕科長

再來是討 4~26 頁，這是通則要依照協定事項分列的高齡患者根管治療難症處理，是 70 歲以上患者申報第三章第二節根管治療的主治治療可以加成 30%，如果同時符合轉診加成的話，合計可以加成 60%，本署意見就按照現在 108 年的申報資料來算，這個項目如果不調整點數的話，是增加 1.358 億點，因為這個項目在前面有建議根管治療的部分要調升單價，再把調整單價以後會增加的加成的費用大概是 1,700 萬左右，這邊有把財務影響把它列出來。

主席

預算來源？

陳依婕科長

預算來源的部分，一部分是在協定事項，這個項目有 1 億元，另外如果不足的部分的話，就由醫療服務成本指數改變率的預算支應。

主席

這個是高齡患者，高齡患者指的是 70 歲以上，然後是根管治療的難症可以加成，前面加成多少我們保留了，因為有一些參數還沒有確定，所以這一次，如果照原來你們定的話，預算會不足，所以會用一般服務成本指數改變率去補足，光是這一項就多了 1.5 億左右。1 億是協定，剩下 4,000 萬要留用到成本指數的改變率，這個是大家同意的。可以，好，那接下來。

陳依婕科長

那接下來其他項目就是配合項次改變，項次調整。

主席

好，新增通則也通過了，接下來新增支付標準。

陳依婕科長

請看討 4-28 頁，協定事項的新醫療科技預算有 1,200 萬，這邊是新增唾液腺摘取術(每部位)，應檢附手術紀錄及病理報告及每月限申報二不同部位。本署意見是在 110 年的總額協商的，新增這個項目的目的是為了確認薛格倫氏症候群，我們建議支付規範要增列適應

症的範圍，另外是這個項目成本分析表的部分也是再補充說明各類人員在各個階段的工作內容是什麼，然後又把它寫清楚在作業流程表裏面，也要解釋行政人員在治療前期就花了 20 分鐘的合理性，還有在治療後期護理人員及行政人員的工作內容是不是有重疊的情況，如果有重疊的話，時間的部分要予以扣除，不計價材料的部分比較細，有提到說是不是每個病人都有可能會用到可吸收縫線或者需要使用到的 N95 口罩的原因，另外是因為我們有查其他醫院或協會所提的新增診療項目的不計價材料成本，我們請全聯會檢視「可吸收縫線」1 條 400 元、無菌衣 1 件 200 元之價格合理性。這個項目我們按照分析表合計應該是 2,965 點，因為這個項目提支付標準建議新增項目 2,000 點，我們建議確認支付點數。

主席

這一項就是第一可能是不是要訂適應症，這邊是完全沒有訂適應症，雖然我們的修訂說明有寫到是在什麼情況之下，不管是你是薛格倫症候群，或者是唾液腺腫瘤之確診，類似規定是否為唾液腺摘除術的適應症？第二就是支付點數，跟前面一樣，我們有幾個參數還跟大家待確認，所以要重算，所以 2,000 點我們就是了解然後會暫保留，至於說這個健保署意見剛科長提的，有幾個意見，就看看誰能夠回應一下，請邱醫師。

邱昶達代表

這個新增乾燥症是一個自體免疫性的疾病，那會動用到侵入性的切片治療，已經就是風濕免疫科或內科醫師已經想沒辦法了，所以當初設立的目的就是支持全聯會就是說要確診薛格倫症候群的適應症。用人成本分析說明，行政人員為什麼要耗時 20 分鐘，因為這是一個自體免疫性的疾病，而且有可能跟家族史也有關係，所以說行政人員和護理人員可能不光是在，因為這是一個最後的一個步驟之一，就是沒辦法這麼快，所以在這之前要先去回溯內外科的病史或者是相關的一些家族史，然後講清楚切片有可能的神經麻痺的後遺症等，然後再做一些衛教，所以這個部分應該 20 分鐘，有時候還不夠，那護理人員與行政人員無重疊性情形，因為行政人員是主要是登記，護理人員是協助問診，比較專業的部分需要請護理人員去幫忙，不計價成本的部分是否需可吸收縫線，這個因為現在的病人是自體免疫性的疾病，所以如果用可吸收縫線，讓他們不用再拆線，也比較不用再受苦，而且對他們本身的免疫和黏膜的發炎反應會比較好，最需要使用 N95 口罩，這個部分應該是因為最近這個疫情的關係，所以執行會比較嚴格，以上報告

主席

好，我們是常規，所以我們會把 N95 口罩拿掉，因為以後是常規，

可吸收的縫線就是留著，你剛剛講說癒合比較容易，不要再受苦，那這是會的，時間的部分就是經過說明，好，所以就接受說明，然後那個您剛剛講是說還是只用於薛格倫症候群的确診，不用在唾液腺腫瘤的确診，是這樣嗎？

邱昶達代表

尊重全聯會的決定。

主席

好，那誰負責？

吳迪代表

我重複一下學會同仁說明的，看到修訂內容說明，是可以用在唾液腺腫瘤確診，所以不會建議是把他去做後續這個診斷鎖在這個上面，因為有的時候說他是為了去確診，也不一定真的診斷是這個東西，當你是為了 biopsy 去做確診的處理，那當然可能不是，比如說他要先確診，他先確診就不用切了。

主席

所以你們會認為不需要寫適應症是嗎？

吳迪代表

我們認為說現在這個情形下應該還不需要特別寫什麼，是因為他有他的部分，就因為同仁講的唾液腺腫瘤的話，已經變適應症，要寫一

大堆出來，那其實我們支付標準也要寫一大堆，這個其實並不合理，再來就說因為一般現在唾液腺摘除的狀況，這個事情來講，各醫院要講執行率來說其實並不是很多，比如說今天我們接受轉診過來，轉診醫師一定是想要找出理由來，多半不是我們自己去發動，那我們自己去發動，我們自己可能做就是做一些唾液腺腫瘤的部分，有懷疑就去做處理，對於現在新增支付標準的部分，他是新醫療項目，它的費用其實有限，然後我們預估執行率也不會這麼高，所以我們現在現階段可能還不要去限縮。

主席

所以你們建議暫時不訂適應症，畢竟這是新的項目，那實行一段時間，看看大家都是用在那裡再來檢討，看要不要再來訂是這樣嗎？我們就把這一項留下這個會議記錄就是先行不訂適應症，然後實行一段時間之後再檢討是否要定訂適應症這樣好不好，接下來糖尿病。

陳依婕科長

討 4~29 頁，項目是糖尿病患者牙結石清除-全口，這邊支付規範有適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報為 90 天限申報一次，第二點是費用包含費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報其他牙結石清除項目。本署的意見是跟病人確診罹患糖尿病的條件應該是包含臨床診斷，用藥或者是 HbA1c 的數值，請

牙全會說明牙醫是如何判斷病人是糖尿病患者，另外備註 2 的部分，為了讓支付標準的文字更加明確，建議把它修正為「費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導，故不得同時申報 91014C 及 91114C」。另外配合這個修正，我們建議註 3 也要一起調整 90 天內不得併同申報的項目。另外有關成本分析表的部分，提到醫師在牙結石清除耗用時間為 30 分鐘，惟與多數病人實務上接受之牙結石清除之經驗不同。請再檢視醫師耗用時間之合理性。依照這個項目目前按照全聯會所提的執行頻率來試算，目前的財務影響是 2.25 億點，另外因為這個項目是針對糖尿病的患者，所以我們是建議在一段期間後由本署進行回溯性的勾稽來確定這個病人是不是曾經有在西醫就醫，是確診為糖尿病的患者，這個項目就是統計分析完了以後，我們再提到這個會議上進行討論，以上。

主席

好，這個財務衝擊也蠻大的，2.25 億點，光是這一項，剛剛的前面那一項是還不曉得多少，這個是因為糖尿病的病人就那麼多，大家洗牙的習慣都是有的，所以真的是會產生比較大的衝擊，是 2.25 億，所以在這裡如何判斷是糖尿病，這邊你們的說明是說以病歷記載，那是誰的病歷記載？牙醫的病歷記載，那你怎麼判定他是糖尿病？雲端？可是雲端有時後是臆測的診斷，要判定是不是糖尿病的病人

其實還有蠻多複雜的事情，因為你鎖定糖尿病的病人，所以糖尿病的病人你們要有一個標準的認定方式。

吳迪代表

其實這個證明，就說怎麼去判定患者口述自己的病史也是我們應該做的，我們怎麼去談到這件事情，其實這個東西就像類似口乾症的問題，我們可以加註在審查注意事項，去判定我們在審查的時候那些東西是病歷記載的方式去敘明的事情，因為我們不可能要求你，就像當時講說應該要以他有可能有的即時性，不是即時性的問題，這的確有些問題在，還有用藥紀錄的問題，就說我們實際上這些東西本來就是我們在審查的時候，我們可以讓患者簽名加註，他也要為自己口述負責，的確有可能會有些狀況要做，不可能完全查得到的，他在其他醫院的用藥紀錄或者看診紀錄，這個在診所沒法辦到的事情。所以這件事情在認定上來講，我們可以設計出一個處理方式，像針對某一個組群，我們在審查病裡裏面怎麼確定，那同時我剛才也曾經說其實的確需要可以去一段時間都去勾稽這些狀態，因為其他都是看得到，因為患者控制的好不好，他怎麼控制，他怎麼處理，其實的確對我們的病程的處理也有幫助也會有影響，患者如果是控制的不好，對於糖尿病的這樣的處理是很麻煩的，因為他的牙周的處理是很麻煩的。我們知道在牙周病有兩個絕對因素，一個叫

抽菸，一個叫做糖尿病這兩件事情，但發生之後都產生對牙周組織傷害不可逆的影響，這同時要回應兩個耗用時間的問題，這些患者既然是不可逆的影響，請問他的口腔的耐受度與清潔的程度是可以跟一般人比擬？對於本次項目裡面內涵還有牙菌斑控制部分。剛才的部分就說，如果今天署方對於這個怎麼去判定，自然可以用審查注意事項的東西審進去，這個是沒有問題的。

主席

所以就是說如何判定糖尿病會寫在審查注意事項裡面，這是第一點，另外一個就是我們需不需要再加註3「本項90天內不得再申報……」，不需要？本項90天內不得再申報，這個是不需要的。註2的文字「含當次」要不要？好，「含當次」三個字也拿掉，這一題就已經處理好了，但是要注意有這一項，財務衝擊是大的，就相當於2億多，光是這一項，所以我們還是會做回溯性的檔案分析勾稽，請干代表。

干文男代表

剛才說的病可以從紀錄及雲端看出，這沒有問題。現在是說2億多可治療是4萬多人，這個一年可以治療幾次？

主席

洗牙2次加2次共4次，本來一般人是2次也會變成4次。

干文男代表

15 萬人，糖尿病人數有多少人？

主席

200 多萬。

千文男代表

不止啦，應該查清楚。

主席

這個數字已經估計過。

千文男代表

錢訂了以後就是要照做，糖尿病病人是增加最快，你訂了以後，錢不夠用，你協商的時候是一直要加錢，結果做不出來。

徐邦賢代表

報告委員，其實有些糖尿病的患者，他本身具有基礎的牙周病是在我們牙周病統合照護計畫裡面，沒有在其他的牙周照方案護裡面已經有包括，所以這裡是指說在有糖尿病身份，但是他的牙周是屬於可以在維持我們的健康狀況下的話去做這些維持，所以 15 萬人有牙周是比較健康的，如果有疾病在其他的方案應該有做治療，不是所有糖尿病只在這裡照顧，這樣特別跟我說明。

千文男代表

我就是說照顧這個 15 萬有點少。

主席

加 2 次洗牙就很多錢。這個財務衝擊大，要在評核會說明執行成效。多洗 2 次，到底帶來多少好處，因為它是相對健康的，這個要來證明，否則這個下去之後不是只有 2 億多可以解決，意思是這樣，如何證明有沒有時效與價值，因為它還是相對健康的牙齦，你還要給他多洗 2 次，這些人是不是真的會來 3 個月洗一次？這個都有待考驗，這一項我們就是要列入追蹤，假定評核會議沒有辦法提出成效，說不定也不需要洗那麼多次，或者病人根本不來洗這麼多次，都有檢討的空間，這一項列入會議記錄，好，那這樣就討論完了。現在已經是 5:30，我們現在在討論第 4 案，我們一共要討論 10 案，我們現在才到討論第 4 案，請問各位代表討論到這裡，還保留了幾個參數要確定，要不然這案子就已經通過了。我們現在是繼續討論還是 12 月 8 號臨時會再繼續討論，可以嗎？請林醫師。

江紘宇代表(林鎰麟代表代理人)

江醫師，我是代理林鎰麟代表，我是副召集人，容許破壞我們的議事規則，我來做說明提案 8 的部分，因為這個案子是我們在醫缺由我來提出來的，我做說明不做討論，12 月 8 號我們會有代表，然後我是代表屏東牙醫學會做說明，因為我們的案子都是關於醫缺、醫不足的修正案的部分，我來做說明，大概給我 10 分鐘時間。

徐邦賢代表

因為江理事長提出醫缺裡面的點就是在屏東縣，我也請江理事長是不是能夠斟酌時間。

主席

所以大家同意嗎？同意江理事長來做說明。

徐邦賢代表

如果說說明不足的話，下次臨時會的時候，林召集人會來。

江紘宇代表(林鎰麟代表代理人)

因為我可能是第一次來開會，也可能是最後一次了，也容許我代表屏東的偏鄉的居民講講話，謝謝，關於這幾項計畫就是說目前從 6,000 要提升到 10,000，我想這部分是我們的目標，但是真的是有難度，過去我們偏鄉在醫缺的部分就說我們常常執行不力，常常被牙全會及全民健康保險會所詬病，就說我們的執行量不夠，但是目前為止，我們做了二十幾年，又是在屏東，其實我們點一直在增加，我們的設備再增加，從過去的攜帶式的治療椅，到目前有 90%的治療椅，干委員有去我們那個春天，我們所有的設備都已經提升到全口，所以目標數的提升也需要我們這幾個項目來做輔正。第一個就是說巡迴醫療要增加，我們有增加在屏東縣林邊、西南、恆春，他們這三個鄉鎮部分，依照我們的規定和地理位置、行車的距離、牙醫師這三

個部分，在這三個地區他們的人文背景，還有隔代教養的問題。

主席

講的是說高樹鄉，對嗎？

江紘宇代表(林鎰麟代表代理人)

對，這三個村，他們目前只有三個醫生、八個、六個醫生，不符合醫缺但是現在遇到的困境就是他們這些鄉鎮，其實他們的交通部分，還有當地跟這邊有那個相較他們的公文，他們是希望我們做整理所有的醫療站可以公告，因為這三個地點長期來講，他們其實都是阿公阿嬤無法出來就醫，所以我們的醫師在這些地點做的非常努力，今年有獲得奉獻獎，人家既然帶不出來我就出去，然後當地的醫師，他們想要提供的服務是由本身的診所，而且他們已經大概這三個鄉鎮的醫生平均的歲數都是五六十歲，然後當地居民他們有時候帶不出來，我們必須要進去，所以說我是希望這個鄉三個鄉鎮因為不符合所謂的醫師與人民比率，還有交通的問題，但是現在依照我們很多的方面看我們過去在所謂的醫缺山地鄉、離島，其實他們那些民國小的小朋友，他們的蛀牙率及蛀牙貼補率已經提升，所以為什麼我們在很多的部分也是逐年的降低，就是說我們執行量一直不夠，所以我之前就說我們是不是能夠進去這個地區，然後幫他們公告出來，這是我們期盼的，就是這三個鄉，而且他們當地他們真的有這個

需要，包括他們公文都已經過來，當地居民、學童都有這個需要，他們的蛀牙的盛行率也非常的高，所以我們是期望關於我們這三個地區我們可以通過，因為在健保署的意見是不予通過。第二個就是說關於說論次的部分，上次全民健康保險會來屏東，我們是認為夜間門診的部分是非常重要的，尤其在當地居民白天工作，晚間在來看牙，我們在春日鄉的一個統計，我們在早上的門診平均人數大概是在 13 個是最多的，但是下午只有到 4 個，但是晚上就增加到 10.5 個，所以我們醫師看病的人數常常是晚上增加，下午最少因為會睡午覺，會比較少。我們醫生也是去春日鄉、山地門鄉、那瑪夏鄉，晚上開山路有時晚上 6 點甚至晚上 10 點回來，所以我在這建議是夜間門診的部分是不是的論量論次的部分，是不是可以比照假日門診，增加的錢大概是增加 300 塊左右，這是我的第 2 建議，這也是不同意。

第三個就是說其實我們現在在醫療站，因為在巡迴點及衛生所，他們是公務單位，沒有夜間門診的問題，但是我們慢慢的去提升醫療站，在醫療站的地方真的是需要夜間門診，有時候的病人人數多的時候，需要是 3 個門診診次，就是早上過去，我們是希望看到晚上，所以在 1 級及 2 級的部分是希望能夠把從 6 個小時提高到 9 個小時，因為我本身一直在醫缺工作，但是我已經很久沒有進全聯會，92 年

的時候我是醫缺第一個主委，但是我記得十幾年沒進來，但是我那時候的想法是說能夠在 1 級及 2 級的部分，能夠有 1 天門診 9 小時，因為我們做這提案，不是很瞭解全運會的作業方式，所以我們沒把目標是訂出來，所以在這部分會得到不同意，但是我是希望說代表一個偏鄉的聲音，現在在社區醫療站的部分，事實上我們已經慢慢的就是說我們能夠成立醫療站，希望 X 光的設備都有固定設備都有的，X 光已經提升到全口，我們已經在那邊已經設立了一個身心障礙的無障礙空間，干委員去看過，給我們很大的鼓勵，所以我們是希望這部分盡量在成立醫療站的地方，基本的相關設備把它做出來，而是我想這是當地的居民，他們的一個想法，就說他們付同樣的錢，真的是需要一樣好的設備給他們，所以這部分也是我們希望的目標，所以這部分是跟長照一起來配合，這部分是沒有問題的，就是這樣子才能夠把我們的整個執行量提高，然後才能照顧到當地居民的需要，謝謝。

主席

我有去參觀吳享穆的社區醫療站，那個是那瑪夏鄉，那個真的是不輸我們都會區，還要好。謝謝理事長，因為是下次才要討論，你的說法我們都知道了，我們再研究看看，不好意思到 5:45，我們今天是不是就到這裡，辛苦大家了，謝謝，今天會議就開到這裡。