

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額
109年第1次臨時研商議事會議

時間：109年12月8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	車參莉(代)
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	林靜梅	盧代表彥丞	盧彥丞
林代表鎰麟	林鎰麟	盧代表胤雯	梁淑政(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	(請假)		

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

蘇芸蒂

陳燕鈴、陳思縉

呂沛穎

中華民國牙醫師公會全聯會

陳彥廷、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

洪鈺婷

台灣醫院協會

陳冠如、吳安琪、顏正婷

中華民國醫院牙科協會

(請假)

本署臺北業務組

葉惠珠、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

本署醫審及藥材組

高幸蓓、張如薰、陳永田、
高浩軒

本署違規查處室

(請假)

本署資訊組

(請假)

本署企劃組

江政謙、李碩展

本署醫務管理組

劉林義、蔡翠珍、洪于淇、
陳依婕、楊秀文、宋兆喻

壹、主席致詞(略)

貳、臨時報告案

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：109年牙醫門診感染管制全面訪查報告案。

決定：

- 一. 109年訪查不合格者及未申報感控診察費者，全面複查或訪查至合格為止。
- 二. 110年比照牙醫PGY改採書面審查模式，書面審查不合格者進行實地訪查。
- 三. 請牙全會配合修訂牙醫門診加強感染管制實施方案，並一併研議書面審查相關規定。
- 四. 書面審查不合格之實地訪查，應於110年6月底前完成。

- 五. 請本署研議「感染管制審查不合格之牙醫院所，不予特約及續約」之可行性。
- 六. 本保險支付標準「一般牙科門診診察費」(未申報感染管制診察費)應訂定落日條款，並應要求所有牙科院所全面申報「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」支付標準。

參、討論事項

第一案(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：通過修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫」部分診療項目：

- (一) 調升 90001C「恆牙根管治療(單根)」等 11 項診療項目支付點數。
- (二) 新增診療項目「唾液腺摘取術(每部位)」(支付點數 2,000 點)。
- (三) 修訂第 91014C「牙周暨齶齒控制基本處置」等 3 項診療項目支付規範。

第二案(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：本案修訂重點如下：

- 一. 修訂目標服務人次為 170,000 人、適用對象新增「腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙」患者，及調升醫療團「特殊需求者牙醫服務論次費用」支付點數，由每小時 1,900 點調升至 2,400 點。
- 二. 修訂醫療團異動班表規範，排班表異動報備應於次月 15 日前檢送業務組備查，未依規定當年度累計 3 次者，暫停參與當年

度計畫。

- 三. 有關新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」，請牙全會修訂內容後於下次會議討論。

第三案(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：

- 一. 本案因時間因素，未討論完成。
- 二. 建議計畫之實施地區應擴及全國，且應與現行預防保健服務內容有所區隔。

第四案(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。

第五案(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。

第六案(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。

第七案(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。

第八案(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。

第九案(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。

肆、報告事項

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，保留至下次會議報告。

伍、散會：下午 17 時 13 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
109年第1次臨時研商議事會議與會人員發言摘要

主席

王理事長、各位代表、醫管組同仁、分區業務組同仁，大家午安，今天是第1次的臨時會，前次會議有太多未討論完的提案，今天大家要努力來完成，非常謝謝大家的出席，現在人數其實快要到齊了，所以會議現在開始，首先跟大家確定今天的議程順序，因為前次是報告事項結束之後討論事項只有針對地區分配預算有通過。今天跟大家確認第一案要討論的是臨時報告案，即感控全面審查案，接下來是不是就照原來議程的討論事項順序來進行？還是大家想要改變順序？請理事長。

王棟源代表

報告主席，臨時報告案結束之後，我們希望從原來討論事項的第四案繼續進行，前次會議有把本案調到第二案，所以從原定討論事項的第四案開始，第五案、第六案、第七案、第八案、第九案、第十案。

主席

所以原定議程討論事項第一、二案是最後討論嗎？好，另原報告事項第十案是否要討論？好，照常討論，所以今天臨時會議程臨時報告案結束之後，進入討論事項第一案(原列第四案)、第二案(原列

第五案)、第三案(原列第六案)、第四案(原列第七案)、第五案(原列第八案)、第六案(原列第九案)、第七案(原列第十案)、第八案(原列第一案)、第九案(原列第二案)嗎?因為原討論事項第三案已經於前次討論完,這樣的順序對不對?

王棟源代表

對,討論事項第四案變成今天的第一案。

主席

各位代表有沒有意見?報告案第七案上次沒有報告嗎?是否臨時報告案後接續報告事項第七案,把報告事項結束,議程順序可以嗎?

王棟源代表

報告案第七案 12 月 23 日才要報告,要放在最後的部分。

主席

12 月 23 日還有第 2 次的臨時會喔。

徐邦賢代表

跟主席報告,報告案第七案相關細節我們可能還需要跟署溝通,因為此案一旦確定以後連同支付標準都會大變動,所以變化比較大,不希望在這裡耽誤到大家的討論時間,建議把此報告案拉到最後討論,請容許臨時報告案完後先進入討論案,把最後報告案第七案留到最後,如果今天還有時間再來討論,謝謝。

主席

就照理事長還有邦賢主委的意見，把程序做調動，好，現在開始，首先談前次對於感控全面訪查的報告案，請看臨時報告案資料，今天資料蠻多的，好，請同仁來說明一下。

臨時報告案：109 年牙醫門診感染管制全面訪查報告案。

主席

這個案子是不是主委跟大家說明？

徐邦賢代表

經過前次大家熱烈的討論，對於感染管制我們牙全會責無旁貸，是一定要做好，有關於方案一及方案三請吳迪主任說明。

吳迪代表

就原來的方案來談，對於全面訪查這件事情，等於是額外一件事情，就感染管制的方案開始實施到現在，如果要全面把還沒看過的院所全部看過，至少 7 成，7 成訪查院所需要預估的交通費跟人事費用的部分，是在頁次臨 1-5，這是我們估算的狀態，如果過往訪查過的院所都不算，今年再重新看過一遍，這是在頁次臨 1-4 預估的費用。原則上以出勤的狀態來看，1-2 個月才能把 6%-8%的院所看完，就算人力全力配合，至少審查醫師在單月出勤的次數是 2-3

倍，意思在審查一般案件的人力就會減少，這是肯定的，在訪查的同時還要審查定義的案件素質請各位考慮到這個問題，另大量擴充的費用是各分區沒有辦法負擔的部分，所以我們真的做這樣處理時也需要有預算去處理，方案三的部分就近、中、遠程3個目標來講，這本來就是今年度新方案之後我們本來朝這方向前進，裡面針對全面訪視裡面來做調整，跟各位方案三的部分，第一件事情先把今年度該做的事先做完，沒有符合感染管制的院所本來就要全面訪視，我們必需把這事情先做完，這是今年該做的第一件事情，第二件事情本來今年方案已經調整到不能報費用，還要追扣費用，且強調要訪視到通過為止，今年度做大幅度的調整，我們完全跟過去不一樣，對於院所面對這些問題時是什麼態度，這是很重要的一個點，對我們來講還照原來的方式，訪視不合格我們就以特管辦法處理，這個院所怎麼去承受這樣的處分，及追溯費用的問題，這是院所自己要承受的問題，這是第一個點，再來就是如果說今天我們已經看到一些問題，比如說今年度訪視的院所裡面，已經有沒有申報的院所到現在沒有連絡上，我個人開玩笑叫殭屍院所，根本沒有在服務也不配合，我們從何讓這些院所進到國家感染管制院所裡面去，這是一個問題，所以如果我們連絡的到但是始終不願意配合，請院所出具切結書就是不想加入感染管制，名單送上來之後請業務

組評估這些院所我們要怎麼去處理，這是我們今年度該做完的事情。中程目標我們本來後續針對今年度訪視合格不合格跟這些項目可以去做分析，這是第三點的部分。在中程目標裡面，當然第一點本來就是今年度必需安排的方案，中程目標第一、二點是我們針對上次提到全面去做審視的處理方式，我們把年度問題處理之後可以做的事情，第一點，今年度的醫院評鑑已經延後一年，明年視疫情發展再議，今年的 PGY 實地訪查都改為書面審查，各位都知道醫院評鑑 PGY 實地訪查都是包含感染管制訪視內容在裡面，這些都已經延後了，比方在疫情情形下我們如果要出動這麼多的人力，相對來講已經延長這麼長的時間去做這麼大量的人流的流動，而且在醫療院所對於現在疫情是否有合理的考量，各位可以去深思這個問題，簡單來講訪視 6,000 家，不是 500、600 百家的問題，在這個時間裡面要流動這麼多人，這是嚴重的問題，對於防疫觀念來講是很大的出入，所以如果說真的要去執行這件事情，我們提出的方案是不是可以讓今年度沒有訪視到院所，應該說明年度這邊所有院所請他們用書面的方式，去做所有的方式評估說每項規定他們有沒有辦法做到，當然我們各分會各公會審查醫師去處理這些問題，親自去做輔導也是可以考量的一種方式，簡單來講，如果今天這件事情本來在第二點本來是我們要提到的重點，我們在近程目標執行完了今年

度沒有符合加強感染管制院所的訪視，我們會增加多少人力，本來在今年度計畫完就會再去審視本來會額外要付出多少人力，也就是今年度處理的方案裡面，我們針對這些沒有符合的院所，我們沒有要求把契約移除，但是我們明年度之後會去評估這件事情，我們會增加多少到時候可能還要再去討論這個問題，這是我們中程評估的問題。遠程目標來看，實際上一直以來是不是哪幾項是我們該做的精進項目，大家應該知道去年到今年我負責這個部分，其實這個半年度下來除了去針對疫情去做處理以外，我們也一直研議我們的實施方案，我們的作業細則做修正，有一個版本已經放在我們那邊一段時間，我們討論的時間有限，針對訪視完之後我們在考評跟作業細則做些修正我們再做討論，實際我們早一個版本討論出來，我們每一年都要去做這件事情，所以遠程目標各位可以看到我們希望把所有的考評跟作業細則通通都精進完以後讓所有院所都能夠符合，但是回到剛剛討論是說如果院所是不配合的，我們應該怎麼辦？當然遠程目標可以提出一些建議，大家可以參考一下，比方說是不是在續約標準做討論，你今天本來就是不願意配合，在近程目標裡面的第三點，他自己具結出來的，署可以評估到底符不符合續約這是可以考量的點，另外就是我們提到說所有新特約院所我們建議所有公會必須要求他們做完感染管制訪查，我們直接先做，如果訪視不

通過就不要開業，這個原則上是一個處理的方向，是一個討論的空間，因為這個部分上可能要明年以後各分會去執行操作問題的方向，這個就是我們談到遠程，說實在這全部的東西除了中程目標第一點以外，其實本來就在我們感染管制小組裡面討論內容裡面，跟各位說明，謝謝。

主席

請主委。

徐邦賢代表

請查 108 年度談 109 年 SOP 的時候，那時候健保會我們協商後續備註內容，是不是能夠再確認一下，這牽涉到後來牙全會應該要盡的一些責任，我想是不是能夠再確認，請問這邊有資料嗎？OK。

沒關係我直接唸了，有關於全面提升感染制品質，第一個本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用，第二是用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業的管理與輔導，執行目標是牙醫院所執行進階感染管制達 100%，預期效益之評估指標是 109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣的整體合格率要上升，這是我們當初在健保會所協議的，所以有關內容請大家參考，這個目前為止我們牙全會所協定

的目標，的確是往這裡在走，我們的確也落實做到管理與輔導，而且有加強感控的標準，我想這是我們在這邊所要跟大家做解釋的，謝謝。

主席

謝謝主委，大家還有沒有其他意見？請問頁次臨 1-2 到臨 1-3，是這一次吳醫師這邊提出來的，這次感控的抽查說明有近、中、遠程內容，近程就是 109 年，中程是 110 年，是嗎？109 年其實已經快要結束了，現在已經 12 月了，再怎麼樣也做不到全面訪查，中程就是 110 年，明年是吧？吳醫師。

翁德育代表

我不禮貌的打斷，我們可能要先把幾個問題弄清楚，第一件事情因為上次我們在開會的時候有代表一直提到我們牙醫部門在 109 年的成長率協商方案的時候，我們有承諾所有的牙醫院所針對感染管制全面訪查這件事，所以我們回去翻遍所有會議紀錄，查不到有這件事情，這是第一點要跟大家報告，我有講錯的地方請主席跟各位代表跟我糾正，第二件事情我們一定不能夠違反健保會決議，對不對，其中裡面最重大的一定是全面執行，我們全面執行以後，所謂關於全面訪查部分，裡面講的提高訪查抽樣的有效性，我們的理解是什麼叫做有效性？第一個訪查不合格，不管今天抽查多少，不合

格就訪查到通過為止，訪查不是我們的目的是手段，我們的目的是所有的院所都能做感管，所以一定訪查到合格為止，所以上次署的方案只寫了一個初核不合格率是4%，但是初核以後會有複核，第一次複核，第二次複核，我們沒有看到資料，如果可以，盡量能做到複核大概有多少才能百分之百？這一點也是符合說訪查的有效性，目的我們才能夠達到，不是說訪查幾%就一定有效，第二個有效性其中一個部分是什麼？院所根本不申報，不申報就全面訪查，在109年也許各分區業務組沒辦法配合，那沒有關係，如果是歸責於我們審查醫師去訪查這些沒有執行的院所，審查醫師不配合我們牙全會負責，如果是其他的原因，沒有關係我們明年也是會做，我們牙全會針對所謂的訪查有效性，而我們確實往這個方向去做努力，這個一定要跟大家先報告，第二個回到這個報告案，針對上一次主席交辦的事情來做一個說明，上次我們也答應了只要分區業務組可以配合，我們牙全會一定會配合，所以我們按照這樣子來跟大家講我們需要的是，若訪查70%的院所需要1,800多萬的經費，這個經費我們審查醫師很急，這個怎麼算出來？錢是這樣子算，審查醫師如果每天出去2組，每個禮拜出去5天，1個月20天，通通這樣子去弄，最快1個月可以完成，如果要全面最快7個月，跟各位報告這項的量對我們審查醫師 loading 多大，1個審查

醫師每個月最少全天出勤 2 次，現任審查醫師審查案件每週 1 次，所以算下來 1 個月 6 次至少要做 7 個月，我覺得沒有關係，如果真的有需要我們審查醫師這邊來配合，雖然 loading 會很大，可能做下去馬上會有很多的離職潮，我們盡量來補這一塊，所需經費在上次主席裁示後我們一併跟大家做報告，第 3 個我覺得如果經費上真的沒有辦法，我覺得沒有關係，我們的初衷絕對不會改變，我們一定會全面執行，所列近程中程遠程目標希望大家可以一起努力來達成，我一再強調我們做這些事情，訪查是手段不是目的，我們的目的是就一定要讓不合格院所要執行感管，回過頭來我們會希望在簽約的時候要續約，不執行感管就不用續約，新特約的院所半年內沒有來參加感染管制訪查而且合格，就不要特約，希望藉由我們的努力讓以後我們全臺灣每個病人去看牙醫院所的時候都受到很好的感染管制措施，病人的就醫安全可以保障，這是我們牙醫部門的初衷，以上。

主席

付費者代表有沒有什麼意見？

林敏華代表

謝謝主席，剛剛聽完牙醫師他們提出來臨時報告案說明的部分，我個人是有幾個看法，第一個醫師有提出在近程中程遠程目標，也沒

壓時間，大概就我看法，在近程目標，目前未參加感染管控院所需要馬上查，我想這比較沒有問題，也符合付費者當初的要求，我不能提出另外一個要求就是，最近報章雜誌刊登國外回來牙醫師很多，我們這邊覺得說未來時間點內，例如今年6月份、7月份以後新的牙醫院所馬上要被查核，可不可做這樣的規範？因為畢竟他們是新進到牙醫體系，新特約牙醫院所的部分，這是我的看法，不代表對，也就是剛剛一直在爭論抽查比例的部分，我個人提出一個看法，如果全聯會這邊能夠承諾明年度能夠到50%，預計抽樣2年一次，但不代表今年抽過明年就不抽，所以用50%為目標其實做為一個牙醫師來講可能就是random，明年度可能中或可能會不中，這個部分查核壓力對牙醫師的僥倖心理就不會出現，這是我的建議，我的看法就是說用50%來做目標，我想比較適合一點，這邊跟牙全會這邊做建議，我剛有跟健保會燕鈴組長討論，因為當初我們在協商的時候，理事長這邊承諾100%達到，牙全會這邊也要思考跟大家一個溝通的目標，未來怎麼去評斷100%，以及後來計算錢的基礎，很快明年協商可能的時候，下一次健保會委員就遇到這些問題，以上，謝謝。

主席

請干委員。

干文男代表

先請燕鈴組長把落入文字先評估一下，看看當初寫的內容，因為我看不是這樣子，不是像翁醫師所講的，109年抽樣不是這樣子，燕鈴組長當初的字義跟原義是怎麼寫的？

主席

好，請燕鈴。

全民健康保險會陳燕鈴組長

幕僚這邊就 109 年的協定事項做說明，協商經過大家討論及意見交換，落下的協定事項，基本上就是剛才牙醫代表所唸的內容，所有申請牙醫門診診察費的院所都要符合進階感控的標準，如果執行沒有達到 100%的目標，在協商 111 年度總額的時候，我們會討論如何按比例扣款的問題，即第一項為所有的院所都要符合進階的感染管制。另外一個重要的精神就是，要提高訪查抽樣的有效性，當時會落下這個文字是因為在協商的時候我們知道抽查的比例是 4%，健保會的委員希望提升，至於提升多少，並沒有落下文字，用意是希望健保署跟醫界這邊盡量努力，能夠加強抽樣的比例。另外就是希望查核是有效的查核，能夠把不合格院所找出來並且輔導，所以我們落了文字就是要提高訪查抽樣的有效性，另外要加強管理跟輔導，這是當時幾個主要的精神，至於執行目標、預期效益評估指標部分，之後在

評核會會請評核老師做評核，以上說明。

主席

好，那干委員在這邊還有沒有要提的？

干文男代表

幕僚陳組長講得很清楚，研議的本意都講的都很清楚，不能歪曲啦！

我也知道當初我們一再地呼籲說你們有沒有辦法做到，不要上面爭取的很辛苦，一頭熱，下面不配合，當初經費都爭取到了，牙醫院所執行進階感染管制達 100%，明明知道是不可能的事情，說了 100% 進行檢驗一下，沒有辦法百分之百，才又拉到 6-8%，你全部都要 run 一遍都沒有嘛！我想要問健保署，將來這個案子要怎麼執行？

主席

好，本案還有那位代表要補充嗎？好，如果沒有要補充的話，其實今年已經 12 月 8 日，所以今年該做的事情就如同剛剛念的，就是落入文字的部分所有申請門診診察費者均依符合加強感控標準並提高訪查抽樣的有效性，過程的原意是不是沒有完全表達在文字上面，確實事後看就是字面上的意思。我們今年確實分區也已經執行抽樣的訪查，中區的抽樣率也比較高，各區至少都有達到當時 Minimum requirements 的標準，所以今年還留下來的事情是，不合格的院所要續查，續查到合格為止，且不參加感管的院所全面訪查，所以不參

加的院所要全面查、不合格的院所要續查，這件事情是今年要做的，而且今年年底要做完的，這一定要符合規則，目前我們現在不合格的院所續查資料還沒有統計，是不是真的續查之後都有合格？而沒有申報的院所還有多少沒有家訪查？因為沒有申報的院所蠻多的，這兩項都是今年年底要完成的，至少這樣也是符合當時協議的內容，對不對？好。110年開始，當然就是希望對於所謂牙醫院所執行進階感染管制達100%的部分，因為剛剛干委員還有林委員都希望的目標且你們也列了中程目標，中程目標時間點是明年，所以我現在先問一下吳醫師，你當時在提訪查70%院所，你的假設是有30%的院所都已經查過了，是這樣嗎？

吳迪代表

從有實施方案到現在為止有去訪查過的院所。

主席

已經有查了30%了嗎？

吳迪代表

我們這邊都4%、5%。

主席

新的感染管制計畫呢？

吳迪代表

新的不可能啊！

主席

對阿！好，沒關係，我們現在講的都是新的計畫，你如果說的是歷年以來的感控訪查有 30%院所已經訪過，但是訪查內容不一樣。我們現在講的是這次的感控計畫，所以這一次感控真正有訪的院所大概就是現在頂多是 8%左右嘛！並不是 30%院所已經訪過只剩下 70%院所，對不對？這個大家也有共識了吧！接下來就是我要請教心口司，首先請告訴我們 PGY 實地審查也有查核感控，目前因疫情也改成書面審查，請教 PGY 實地審查的感控審查跟我們這次感管審查的內容是一樣的嗎？第二個問題是，做 PGY 實地審查的院所到底有多少家？

衛生福利部心理及口腔健康司車參莉(陳少卿代表代理人)

心口司報告，有關剛剛主席所提到的，有關我們 PGY 診所的訪查跟全聯會要執行的這個感控是不一樣的，因為 PGY 訪查最主要還是以 PGY 診所的教學為主，所以我們是訂有一個訪查項目是「訂有感染管制措施並落實執行」，但是跟全聯會要進行的訪查，其實不會是完全一樣的，因為目標並不同，這是第一點。第二個是目前在 109 年全國核定 451 家診所，事實上在執行 PGY 訓練的有 122 家診所。

主席

所以你的回答是 PGY 實地審查包含感染管制這個項目，跟我們今天

計畫中訪查感控的項目是不一樣的，是本案的感管計畫比較嚴苛嗎？

衛生福利部心理及口腔健康司車參莉(陳少卿代表代理人)

是本案計畫比較嚴苛。

主席

所以你們去做 PGY 實地訪查的院所是可以收實習生嘛！PGY 的醫師的訪查的感管標準比本案計畫的標準還要低一點，是這樣嗎？還是一樣？

陳彥廷醫師

我們 PGY 裡面採用的感管標準就是目前健保署公布的。

主席

是，應該要更嚴格才對，PGY 院所是接受學生實習的場域，學生 intern 更要知道什麼是感控，未來學生自己要出來開業，最基本的感控就要做到。

衛生福利部心理及口腔健康司車參莉(陳少卿代表代理人)

謝謝補充，謝謝。

主席

好，我們就要來討論今天的重點是確定 109 年底前該做的事情跟 110 年怎麼樣強化這件事情，因為要做到管理跟輔導！加強感控的管理跟輔導，也能符合付費者的期待。就如同當時對健保會的承諾，就是

要達到 100%達到進階的感染管制。可是現在如何去衡量你有做到進階的感染管制是沒有方法的，因為很多沒有院所去訪查嘛！那現在吳迪醫師提出來的全面實地審查所需經費是很大的金額，誰要付這個錢？而且我相信審查醫師會連續五個月、七個月這樣做，好像也不是很經濟實惠，所以這個都不是好方法。所以我要問的就是說，譬如現在沒有去訪查的院所，如果我們比照 PGY 的書面審查方式，提供書面資料跟影片檔案送審，就是沒有去訪查的院所明年全面提供，但是如何提供，可能全聯會要訂規則，然後把這些書面資料送到分區業務組，由分區業務組審查醫師來審查，如果書面審查沒有過的，就啟動實地審查，這樣效益比較高，因為 PGY 的審查都可以改書面審查，PGY 應該要更嚴格才對啊！這些審查經費可以用我們的審查經費，只有有問題的院所才實地審，這樣子我們就調移明年的審查重點，把這個當成比較優先的項目，然後大家確實把這件事情做好，這樣子的話我們就確定要用半年的時間把這件事情做完，可以嗎？請鄭教授。

鄭信忠代表

基本上我完全同意主席的看法，不過對這件事我發表一下我的個人意見，任何一個政策的推廣都需要經過 3 個階段，第一個是宣導期，第二個是試辦期，第三個是實施期，但是我們這次的推行好像因為

時間的關係，幾乎沒有經過宣導期、試辦期、執行期，就馬上做了，如果有經過三個階段的話，可能時間太短，就會產生後面的這些問題出來，第二個，干代表等人都是很盡職的在看這件實情，我參加這幾次會議，覺得大家卡在 100%的執行、還有抽樣問題，我們現在有兩個概念，一個是訪查、一個是普查，所謂普查是 100%都去，那是不可能的啦！所以說我們用訪查，訪查用抽樣吳迪醫師所提也很棒，70%抽樣，坦白講數字都太大了，錢花這麼多，用統計學來講不可能說 70%就能夠達到效果，因為我估計，20%、30%就很多了，重點在抽查完之後有沒有 100%的達成！我們的統計學 random sampling 就是這樣，你 random 完了之後有沒有 100%的達到，這是重點，再來，我們的配套措施要做完整，因為抽樣完之後不可能百分之百啦！這是人性的問題，那你配套措施要做完整，也就是說，當你沒辦法達到的時候，要強力去輔導，要把遊戲規則講清楚，願賭服輸，沒有的話，對不起就撤銷資格，把這些事情都講清楚，讓參加者都知道遊戲規則，避免消費者的疑慮、避免執行者的疑慮、避免受訪者的疑慮。我覺得主席的裁示意見非常的 ok，就是說短時間內不合格的院所跟沒申報的院所趕快去訪，這個等於說漏網之魚，我們趕快補強，至於明年的話，我提議還是抽樣，但是不要抽這麼多，譬如說用代表性的抽樣，如說 30%、40%，因為這個錢真的是太多了，而且浪費人力，

如果以統計數據來講，可以用多層次有條件的隨機抽樣，我敢講，都是一樣的效果，重點是，我再講一次，沒有通過的院所你有什麼機制來輔導才是重點。再來，需有一個很好的自主管理，因為我們牙醫師都是高知識分子，要落實我們自主管理，所謂自主管理，就是設計一個表，讓他自己評估自己寫自主管理，自主管理如果 ok 的話，用抽審的方式去抽，如果你沒有過，對不起我們用重罰，如果你沒辦法達到，那我們來輔導，所以自主管理是推行一個政策很重要的一個手段跟方法，可以好好去設計。所以說大家本意都很好啦！只是說做法可能有點不一樣，我想大家都是盡力！應該選擇一個兩全其美的方法，我再次強調我不 prefer 浪費很多錢、人力做一些無謂的事情，我們按照統計的方式去做，這樣才能達到事半功倍，這是我個人小小的淺見，謝謝。

主席

好，謝謝鄭教授，鄭教授跟我們的想法也很接近，就是我們也不贊成勞民傷財，這個也不是很恰當的做法，來，陳醫師。

陳建志代表

我跟各位報告，其實在查訪感控的部分，我在嘉義我們衛生局來查、疾管局也來查、PGY 也來查，我今年就被查過 2-3 遍了，所以不是說健保署查不到，其他單位就說不會來查，真的啊！我的診所為什麼

會被查這麼多次，我現在是站在診所的角度，不是說健保署查不到就沒事了喔！還有衛生局、疾管局、PGY 都會來查，所以是不是把這個資源整合，不要一間診所一天去查 3 遍，有的診所 30 天沒有查過一次，衛生局查感管有問題的，且 PGY 查也是用同一個版本，PGY 去查過 300 間，衛生局查 100 間，疾管署也查了就不用再去查了啊！所以大家去把這個資源整合或許也是一個方法，以上。

主席

很好啊！我也這麼認為，就是其實同樣都是政府，假定查核的標準是一致的，因為 PGY 去審查應該也是牙醫師去審查吧？對不對，我們的審查醫師跟 PGY 的審查牙醫師難道會有很大的誤差嗎？應該也不至於吧？因為疫情的關係，所以 PGY 今年改成書面審查。所以建議，就是扣除今年已經查過的院所，明年開始就是今年沒有查的院所，全面改成書面審查，好不好，請院所送資料、照片、檔案，至於如何送審由全聯會來訂規則，這很重要喔！何時提供也由全聯會來建議，送來之後，全部完成審查，如果有懷疑要去做現場的，也由全聯會來排程，總之這些事情可以在明年六月底完成，這樣可行性如何？另今年的 PGY 已經審過、通過的就不重複，因為剛剛講的有好幾百家是 PGY 嘛！剛剛彥廷醫師講 PGY 感管內容和本案計畫的標準都一樣。另剛剛建志代表講，不要一個院所一天到晚被查，如果是這

樣的話，我們就是確定明年六月底前可以做完這件事，這樣子的決議兩位付費者代表可以嗎？好，干代表。

干文男代表

主席講的是真實世界，你們醫界下次不能隨便答應，不能隨便說我要幾億幾億，錢也都爭取到了，你們明明知道辦不到的事情，一再提醒，這個也是我們一起規畫後所發生的，如果按照你們剛剛所報告的文字，第一次 100% 抽查，沒有達到 100% 是按照比例扣款的……。

主席

我整個先講完，讓大家理解一下，然後再修改！剛剛講說 6 月底要把訪查做完，因為我們大概是 7 月開始總額 111 年就要啟動協商，所以如果到 6 月底前還有未訪查的院所，因為如果書面審查不合格就還要實地審查，實地審查如果還是不合格，就一路續查到合格為止，這標準是一樣的，明年如果還有不參加的院所一律續查，一定查到底。所以如果到明年在協商後年總額的時候，還有未達的院所，就按比例扣款，這個要落入文字，因為本來協商就有這一條，今年因為沒有數據也就沒有扣款，我們就是明年啟動這個扣款，也符合費協會的決議；最後一項就是剛剛林敏華委員、吳迪代表也有提到，新特約的院所須符合感管，因為我們現在在處理特約院所的訪查，但是我們不要再製造不合格的院所進來，所以對新特約的院

所就要把關，新特約院所成為一定要感管合格才能達特約的標準，就是一定要感管合格才給特約，我們要堅持現在已經進入感控的時代，必須各方面符合，符合的方式也可以提供書面審查或是現場審查，這部分由全聯會去決定。最後支付標準「一般門診診察費」須有落日，但是今天談到這裡，本來在明年的適當時間這項支付標準就沒有了，就代表不做感管不行，院所就只有感控診察費可以申報，這樣就一定要全面執行感管了，且新特約院所的也要執行感管，所以我們過渡期就押到什麼時候？我們等一下討論，這就要修改支付標準，而且在支付標準表的支付規範裡，除了「一般門診診察費」等不加成的項目到什麼時候要廢除，還要再加一個新特約院所要符合感管，這2個要寫入支付規範裡頭，也就代表其實都會有個明確時間點，大家全部都執行感管，已經特約院所就要落實，且確定一定合格！這樣子就真的呼應當時我們協商的精神，執行的目標就是100%進階感控全面執行。如果說我們今天可以達到這個共識的話，我相信兩位付費者代表應該是同意，而且付費者代表應該不太願意看到你們明年協商總額的時候被扣款，我相信他們的本意是希望你們都不要扣款，所以不要扣款就是院所都做到感管，所以我現在講的這些內容不曉得是不是可以執行？大家討論一下。

王棟源代表

基本上同意主席的裁示，現在可能有很多問題，一個是新特約院所的合約書要怎麼改，再來就是契約也有一個合約書的部分。

主席

不要擔心，合約都一樣。

王棟源代表

都把它改好的話，我相信是可行的。

主席

我們先寫到支付標準表裡面，通過共擬會議，然後合約書在依據支付標準表去改。

王棟源代表

如果都改好的話，應該是沒有問題啦！

主席

這才有個依據，因為支付標準是法規命令。是，盧醫師。

盧彥丞代表

因為修訂支付標準法之後，按道理沒有通過感管的院所就不讓他進特約，可是你們現在反過來是，沒有通過感管的院所已經進特約才用支付標準去箝制嗎？

主席

沒有。

盧彥丞代表

你現在是用支付標準去箝制是說，我們是因為沒有合格標準進來，他沒辦法……。

主席

不是，我們是寫在感染管制門診診察費。

盧彥丞代表

對，所以這個是沒有經過審核的診所，實際上已經進特約了，再用支付標準去控制他，可是按照主席剛剛的意思，沒有審查過就不能簽特約。

主席

所以你的建議呢？

盧彥丞代表

所以應該是特辦的時候應該要有一個「符合 SOP 管控辦法的院所，得以簽約」，應該加這個，我們知道當然加沒有問題。

主席

支付標準和特約辦法兩邊都加。

盧彥丞代表

事實上用支付標準法其實是違背主席剛剛的語意。

主席

這個部分要不要請我們法務單位釐清一下？沒關係，醫管組事後你們去找法務科，是兩邊都寫？請問法務有在嗎？

盧彥丞代表

我的意思是說，能否合格特約診所不是牙全會的權利，我們原則上是希望沒有合格的院所就連特約都不要給他進來，所以這個把關不在全聯會，是在你們簽約的單位，所以應該是在特辦表上面就應該註記，我們依特辦法來執行，我們在支付標準可以註明這項來執行簽約，邏輯應該是這樣的。

主席

就是說在我們的特約條文裡面如何去修改以及如何去註記，我們問法務科，看如何處理，另外，支付標準「一般門診診察費」大家認為什麼時候就刪掉？來，請。

謝偉明代表

還要去配合合約的修改才有辦法去動，只要在合約內的甲乙雙方就很難讓他沒有約束。

主席

合約修改的時間總是雙方要講好，我們什麼時候來執行這個東西你們認為是恰當的？你們需要去宣導嗎？你們需要去跟會員講嗎？要不要給你們時間？

簡志成代表

要先請法務那邊先解決，因為我們現在是簽 2 年約，有些可能是 2 年的合約還沒到。

主席

沒有啊！2 年合約沒到就是剛提到書審的部分，提送照片、影片，現在理論上是合約到，如果我們現在都努力做好感管，以後續約的院所也都合格，只有新進來的會去卡合約修改的部分，現在不能再想像說續約的院所，續約院所理論上都在我們現在全面審查的範圍了，所以應該都要合格了，沒有不合格，那如果還有不合格的院所，就是送審資料和實際執行情形不符，這就是以後每年的抽樣審查是可以做的。

徐邦賢代表

報告主席，這樣好了，因為我們全聯會原則上還是配合合約的修改，但是我們希望能夠在明年的評核前就完成這件事情。

主席

明年的評核之前。

徐邦賢代表

對，因為評核之前的話我們就可以合約也改制，然後我們這也修改完成，把這件事情做好。

主席

好，那就是雙方努力在明年評核之前，把這件事情搞定，那我們也有行政程序要走嘛！好不好，那我們會後醫管組行政科、法務科那邊再研究，然後支付標準表要修正的部分再配合，請陳醫師。

陳亮光代表

剛剛提到的是不合格院所，我們現在是說那些不加入的院所，是不是應該要在續約時就要牽制，一定要加入感管計畫才能續約，所以應該是要對那些不加入的院所來做處理。

主席

可以，那就有兩面嘛！因為今年年底你要對沒有申報感管診察費的院所要全面去訪查，因為沒有申報的就有3成不合格，33%的不合格率是蠻高的，所以要透過你們的輔導、愛心、教育全面導正，那如果真的還是不行，就變成續約條件。

陳亮光代表

對啊！我是說續約條件這邊要把他加進來。

主席

可以，這部分提到新特約跟續約條件，但是續約是各特約院所都會續的，所以要針對那些有問題、不改進的院所去規範，因為標準一定要一樣，續約不執行感管也是不行啊！因為這就是屬於不參加感管

的那群，如果用續約方式，或是把一般門診診察費的支付標準碼刪掉，也就沒有得申報了啊！但是會有診所願意犧牲診察費嗎？其實我們的用意不是只有扣除診察費，我們認為不合格院所的醫療處置都不安全，包含手術都不安全了，並不是只有診察費不安全。

謝偉明代表

修改合約才是真正解決的辦法，修改合約之後，原來一般門診診察費的支付標準就算留著，不合格感管的院所要去申報費用相對少，那是院所吃虧，所以應該要從合約上去要求做到感控，我想這樣會比較有效。

主席

好，這樣我們雙方是否都達到共識？還是有那位代表覺得還有考慮空間的？請干代表。

干文男代表

健保署應該有行政能力，既然感控這麼重要，為什麼他不加入咧？像那個在行政單位能不能擋掉這筆簽約，這不是一個問題，也要謝謝燕鈴在會前就給我打電話說，現在有幾個方案，不要太為難大家啦！我先申明一下，我不是再為難喔！隨便一點就有這麼多問題，如果正式來問題還會更多，以後也是說希望你們能夠一帆風順，尤其在你們堅持感控裡面，你們認真去查，查了結果，連洗手的東西都

不合格，這實在是很扯耶！對不對，這是你們的功勞啦！你們去看啦！不合格的東西寫出來，最普遍應該要做到的沒有做，所以說你們是很認真的，但是你們沒有完成，也沒有按照這個，還要一個提醒，剛剛蔡副講了這麼多，你們做得到嗎？做不到如果再來一次，不是翻倒帳？如果說做不到你們就說做不到，到時候不要說，健保會那邊也有紀錄，他一定照這樣子寫，就像這一次 100%訪查，明明知道不可能百分之百，為什麼要講百分之百呢？希望這一次表明能做到，大家都異口同聲說可以，要不然到時候說做不到，連牙全會這邊的能力沒有辦法達到下面，就是要請行政單位來幫忙，以上建議。

王棟源代表

好，主席，非常感謝干委員針對感控這件事情提出來，那我們也解決了一些就是我們不參加那些診所的問題，因為你現在從續約跟新特約的合約書裡面修訂完成，我想有一定約束力去管制這些診所，因為他如果不特約或是不續約，他也沒辦法報其他費用了，因為它等於是沒有健保，就是做自費的東西，所以我覺得這個部分在行政權好好使用的情況下，一定是有用的，好，我們非常謝謝干委員，謝謝。

蘇主榮代表

主席，我的身分因為也是牙醫師，但是我站在牙醫師的立場，我也可

以體諒我們現在在座的牙全聯會的所有的委員，因為我相信他們自己的診所在感控上面的要求應該是已經做到達標了，那他們現在要面對的是六七千個診所，資質是參差不齊，所以在輔導上面確實各個地方的公會會有他們無奈的地方，所以在推動上面，他們需要一些公權力的協助，所以剛剛我們的主席也特別通融，我覺得他的方式是說用全面的書審之後，有異議的我覺得應該透過全聯會再用同儕制約的概念、自主管理的概念，能夠重視這件事情，因為在醫院裡面，我們是無條件、一定要做感控，而且這些感控也沒有你們所謂可以爭取到費用的這一部份，我們就是一定要被要求，而且這幾年來，對於長照中心、安養院，也都被要求要感控的執行，他們也沒有拿到額外的一些補助，所以牙醫師算是很高水平的服務人員，所以我覺得應該是大家振作起來，因為病人的生命其實是很重要的，我想付費者代表苦口婆心，就是因為他們站在民眾的立場，必須要把關這件事情，尤其在今年的新冠病毒的拓展，其實大家對於任何侵入性的治療都會有很大的疑慮，更何況我們牙醫師其實口腔進場，保護你自己也保護病人，再過來，萬一出了一個小問題，對你們整個診所或是醫師都不是好事情，所以我在這邊還是希望期許全聯會能夠加油一點，這件事情應該是朝歷程的這個方向走，好，謝謝。

主席

好，謝謝蘇醫師，那也是共識了啦！那我們在整個過程當中，有關感控的，不管是書審、影片、檔案審查或是專業審查，或是有問題再去實地審查我們都是尊重專業，由你們自己專業自主，我們分區業務組會成為窗口受理，這些資料都是診所的個人資料，所以集中在分區，還是審查醫師去審，就是你們有經驗的審查醫師去審，用比較有效率的方式，來把這些送來的照片、影片做一個審查，有問題就啟動實地審，剛剛講的就不再重述，就是今天本案的決議，是不是還有不同的要修正？來，請鄭教授。

鄭信忠代表

我很高興大家真的是有一個很好的結局，不過我在這邊再次提醒，感染管制就是要做，可以發覺大家都 focus 那個 100%的達成，事實上 95%的牙科診所都很願意做！怎麼樣落實少數院所的感管，透過自主管理、同儕制約、宣導，還有法令跟行政權的運用，特別我在這邊提醒，就是宣達！我剛剛講的，應該是宣傳、試辦、執行，現在已跳過去，所以我再次強調，我們全聯會可能要在這短時間之內，把今天的結論用大量的宣傳從各地方公會下去，讓所有的診所、牙醫師知道時代不一樣了，我們希望說，不要讓民眾來反撲，我們好好做，讓民眾來相信我們，以上，謝謝。

主席

對，真的就是鄭教授說的這樣啦！適逢 COVID-19 大家都是很害怕啦！
在今年的上半年很多人連牙科都不敢看，醫院不敢去、牙科不敢去、
一些診所也不敢去，所以我們確實借力使力於這個時間點把感管做好，
請問大家還有沒有不同的意見？如果沒有意見代表全員通過喔！
都贊成喔！如果會員有什麼意見，全聯會要負責去溝通喔！這樣可以嗎？
那業務組那邊有沒有問題？因為我們分區業務組一定會使命必達，來，還有嗎？吳醫師，請。

吳迪代表

不好意思，我還是想要請問就是，我們這個執行的法源依據是什麼？

主席

協商結果。

陳彥廷代表

因為我們要請院所提供資料，所以我們必須改我們現有的細則，通過了以後才能公告，院所才應該要配合。

主席

是，那應該寫在哪裡比較恰當？因為是寫在你們實施方案裡面，因為我們還有第二次臨時會不是嗎？本來不想開，但有一個功課啊！我們得把方案改一改，可以嗎？要在年底以前把牙科加強感控管制方案改好，很好，還有誰？還有誰？要提醒我們未盡事宜的？如果

沒有的話，本案是不是就討論到這裡？大概也花了一個多小時，不過因為這個大家太關心了，所以我們也是值得的，接下來我們就按照順序進入第四案，原來的第四案就是我們今天要討論的第一案支付標準的部分，好，請同仁來說明。

討論事項第一案(原列第四案)：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

醫務管理組陳依婕科長

請各位代表看到紙本，右上角為 1091208 牙醫門診總額 109 年第 1 次臨時會議補充資料-1，第四案前次有兩大類事情還沒討論完，第一大類是有調升恆牙根管治療等 11 項診療項目支付點數及新增唾液腺摘除術項目，這 12 項接下來要確認成本分析資料。第二類是要討論 3 項現有支付標準支付規範要修正的部分，請看補充資料第 2 頁，前次有針對牙科助理成本參數部分請牙全會於會後提供資料，請看第 4 頁，牙科助理年薪是 57 萬，每人平均上班時數是 2,160 小時，工作負荷比是 75%，換算下來是每分鐘成本約 5.9 元，健保署調查結果是 38 萬 8,700 元，經上班時數及工作負荷比換算後，每分鐘成本 4 元。請回到議程第 2 頁，(四)案本署 108 年蒐集之牙醫師每人每分鐘成本 34.4 元，及牙全會提供之牙科助理每人每分鐘成本 5.9 元，校正之成本分析表請看頁次 5~17。另依牙全會及本署蒐集

之牙科助理每人每分鐘成本，有關調升 11 項診療項目支付點數及新增唾液腺摘除術項目，彙整各項之成本點數比較表請看頁次 18，18 頁有表列 11 項現行支付點數及 1 項牙全會建議新增項目的調升點數，在右邊成本分析表之成本點數，牙全會及本署校正後點數都高於牙全會建議調升點數，所以依牙全會建議調升點數做相關財務試算，另本表備註 3，92023B、92045B、92XXXB 三項成本分析表內含行政人員費用，惟行政人員之費用已包含於「作業及管理費用」，爰本署之用人成本暫不列計前述三項診療項目之「行政人員」成本。回到議程第 3 頁，目前有合計 12 項點數，其中 11 項是既有支付標準點數調升，換算後是 6.68 億，新增之唾液腺摘除術 2,000 點是用新科技預算 1,200 萬支應，這是本次的財務衝擊。請看第 19 頁，有三個支付規範要修正，91014C 牙全會已修改本項備註 2.91003C 後括弧文字，本署說明意見為請牙全會說明「除部分項限缺牙外」，其他狀況為何，以避免後續過度申報之問題。92090C、92091C 牙全會修訂英文名稱並調整 ICD-10 碼，前次會議也請牙全會補充第 6 點的部分，本署同意修正。

主席

本案分幾個部分，我們一一確認，首先就是第 18 頁，一共有 11 項現有的支付標準表要調升點數，我們有要求送成本分析，現在我跟

大家確認一下，就是牙醫師的每分鐘成本，未來我們的共識就是用我們所做的 survey 就是 34.4 元，這點有沒有意見？

陳建志代表

我有意見，之前是 39 塊，為什麼會少 5 塊錢？當初我記得上次會議有提出說主治醫師年薪是 397 萬，人事行政局一年扣掉一家是 116 件嘛！這兩年，365-116 天，在扣掉主治醫師不可能沒有特休，至少兩個禮拜，扣掉差不多真正工作日有 230 天，那把他除起來就是 35.9601 元，所以至少有 36 元啊！不可能只有 34.4 元。

主席

好，請支付標準科說明。

陳建志代表

主治醫師的薪水怎麼會越算越少？

醫務管理組陳依婕科長

資料沒有帶上來，等一下跟各位委員做說明。

主席

這個是我們有 survey，上次的 39.1 元用的是西醫的平均，事實上漏掉了我們 survey 的牙醫數據，牙醫是 34.4 元，換算成年薪應該是 397 萬，所以我們等一下來說明這項，另外須確認的就是牙助，牙助的每分鐘成本我們去 survey 是年薪 38 萬，你們 survey 的年薪是 57

萬，所以你們自己雇的牙助每個月的薪水是多少？

翁德育代表

我是覺得蠻疑惑的啦！我是可以講自己的，畢竟不是大家的，就這個調查，中位數 2 萬不到 3 萬塊錢，這個我不清楚是用什麼調查的。

主席

你們的牙助一個月的薪水是多少？

翁德育代表

我們診所剛好最近有幾位領舊制勞保退休金，我診所有 4 位助理領到 4 萬 5,800 元，就是給大家當參考，我是用這個當基準給他們勞退，當然這是我自己診所的啦！我在鄉下，我不知道台北市喔！我看到這個東西我就很 shock，你應該是要問新進的薪水比較適合吧？如果你問那些資深的，這資料應該都不可能。

主席

這是中位數。

翁德育代表

對啊！我的意思是這是新進助理薪水的中位數嗎？還是資深助理的中位數？

主席

應該是要平均數。

翁德育代表

因為我們診所總共是 8 位助理，4 個是比較資深的就 4 萬 5,800 元，給大家當參考。

主席

比較年輕的助理呢？

翁德育代表

我配薪是 2 萬 7,000 元起薪，剛進來的助理是 2 萬 7,000 元，以上。

主席

調查資料應該是 2 萬 5,000 元到 3 萬元之間的月薪，然後還有一個月的年終。

翁德育代表

報告主席，我們薪資也不是這樣算的啊？這樣我們算勞退的時候，包括健保費，都是實質薪資阿！當我們在算他們退休金的時候，這些都是他們薪資的一部份，所以應該是加進去啦！還包括沒有特休的費用、勞退、勞保費、健保費、年終獎金，以上。

主席

所謂的年薪當然含這個啊！因為醫生的也是同方式計算，醫生的 4 百萬年薪也含這些啊！勞退、公保、勞保，這些都是要含的啊！因為他就是還沒有扣之前的薪資，好，來請盧醫師。

盧彥丞代表

如果照剛剛講，是以 2 萬 5,000 元到 3 萬元代進去求均值，就不是實際薪資。因為就像翁醫師講的，對我們來講是新進員工，因為畢竟我們員工的職業生涯可能是 20 年嘛！只用前面的 5 年去算整個的平均薪資值，是不太合理的。

主席

而你們算的 57 萬月薪是多少？57 萬除以 13 是多少？一年 13 個月。

翁德育代表

不只阿！我剛剛講的勞保費、健保費…都不算嗎？

主席

年終獎金是多少？

翁德育代表

年終獎金是 1 個月差不多，我講的是健保費。

主席

就是含，所以除以 13。

翁德育代表

除以年薪不是這樣算的，不是除以 13，是除以 14！至少要 14 個月以上，我剛剛講的，勞保費也要算啊！助理實際領的薪資如果是 3 萬，他的實質薪資至少 3 萬 3 千元。

主席

我們現在講的都是含勞保、健保費，還沒有扣之前的薪資。

翁德育代表

這個怎麼會調查的出來？調查不出來！

謝偉明代表

有些保費是診所負擔的，也不是從薪水扣的，我們負擔一定比例的健勞保費，就不在薪資裡面。

主席

我們只有算勞工負擔的部分，雇主負擔的部分當然不能算在裡面啊！
那是雇主的成本啊！

翁德育代表

不是啦！雇主的成本是員工的薪資啊！

主席

那是你的用人成本，我現在講的是跟醫院醫師薪水一樣的概念，醫師領薪水，如果還要被扣健保費、勞退等費用，當然都要算在裡面啊！你要從這方面來看，如果是雇主分擔的，當然不算在這裡啊！

翁德育代表

我剛剛的意思就是說，這些人將來要領退休金，費用都算在裡面啊！

主席

因為還有一個作業及管理費用是直接成本的 13%，所以現在看起來，57 萬可能是比較資深助理薪資的中位數，我們算的也許是比較資淺助理的薪資，介於中間是比較合理的，因為這個我們必須要有定案，因為以後一定還會有新增支付標準，在算成本的時候有一個共同的參數的認定，大家覺得應該怎麼做會比較合理？還是這兩個薪資的中間值，這樣比較接近？

徐邦賢代表

我建議主席，因為現在目前手上的資料都還是有限，如果現在要有個結論的話，我們建議是大概取中間值，大概 5.0，我們每年都要檢討。

主席

沒有，是 4.93。那有新的證據我們再修，我們就 4.93。但是這個 4.93 不影響今天的結論喔！

陳建志代表

主席，平均每人全年上班時數 2160，2160 除以 8 的話是上 270 天！這已經違反勞基法了！

主席

請依婕科長說明。

陳建志代表

不對啊！根據人事行政局一年要給勞工放的有 116 天。

主席

請你們自行判斷。

醫務管理組陳依婕科長

時數 2160 是牙全會提供給我們的，因為問卷出去都是空白的，問卷上面要填的數據回收後就是現在看到的這幾個數字，年薪、上班時數、工作負荷比例，然後才換算出每人每分鐘成本。

主席

這張是誰填的？

陳建志代表

主席，我算起來工作時數才 1800 而已。

徐邦賢代表

我想，現在這個臨時抓不出是誰，但是我想是不是能夠提供計算相關的公式給我們全聯會這邊？這樣我們在滾動式修正的時候，也比較知道要怎麼樣去蒐集一些相關的資料，以上。

主席

因為不影響本案所以就以全聯會提的建議調升點數通過，大家有沒有意見？至於這個參數，假定大家還有疑慮，時數 2160 也有疑慮，那我們就暫不做決議啦！好不好，那因為不管用那一個高估、低估，

都還是你們提的調升點數比較低，所以就直接採用，至於你們如果下一次有提出比較合理的資料，請再提供給我們，這樣好不好，那至於說後面有幾個支付標準的對照表這部分誰要說明？請吳醫師。

吳迪代表

跟各位說明，特殊情況原則上就是比照 X 光片，簡單講有很多特殊狀況在裡面，我想把它放在診察注意事項裡面，我們回去會修，就是像上一次提到，在前面幾個案件，我們會在下次會議裡面把相關配套通通會修出來，那跟各位說明一下，比方說有些全口洗牙的患者，我們是可以把它拆成 4 個象限來洗，為什麼要這麼做？比方說他這次來的時候牙痛太痛了，他清完了 2 個象限，他就說我下次再來，是可以同一次療程再進行另外 2 個象限，這樣會變成 4 個象限，加起來是一個全口的洗牙狀態，或者是有些患者剛好來的時候張口有困難，他洗了 10-15 分鐘累了，說張不開了，他說他下一次再來，類似像這樣的情形，因為這種情形下來講，已經是在全口都有牙的情況下有可能會碰上的狀況，那我想這種東西如果通通羅列在上面的話，支付標準表是不是會變成非常的肥大，我想用審查注意事項來說明特殊狀況，跟這位說明一下。

主席

好，這個是 91014C，支付標準科這邊可以嗎？

醫務管理組陳依婕科長

可以。

主席

好，那接下來是 92090C，這部分不用再說明，92091C 也 ok 了，對吧？

醫務管理組陳依婕科長

沒錯。

主席

好，這些修正，我們都同意了，只有 91014C 這裡就是特殊狀況會在審查注意事項裡頭去說明，這個紀錄下來，追蹤審查注意事項有沒有去做說明，本案是不是就討論到這裡，請干委員。

干文男委員

助理每分鐘這個多少錢？

主席

現在就是今天的沒有決議，他們還要回去研究，2160 時數，所以下一次他們再提出說明。

干文男委員

牙全會提出來是每分鐘 5.86 元。

主席

牙全會提出來是 5.86 元，我們是提出來 4 元，所以他們說是年輕跟資深的助理的關係，所以這金額可能介於中間，他們還要再研究，所以今天就不勉強。

干文男委員

應該幾家做一個平均，平均抓一個中數。

主席

沒關係，今天沒通過沒影響到，所以讓他們再去研究一下，不影響今天的結論，所以我們這個案子是不是先這樣，好嗎？謝謝干委員，我們接下來就是討論原來第 5 案，今天的第 2 案。

討論事項第二案(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

請大家看到原本的會議資料，本案是我們牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，看到會議議程討 5-1 頁，在 110 年這個方案總共匡列的預算有 6.72 億元，會比今年 109 年增加 2,500 萬元，另外牙全會有建議這部分金額要在 110 年度由一般服務提撥 5,000 萬來支應本計畫一節，依照本次會議決議來辦理，至於這次計畫的詳細修訂內容，請大家看到後面的附件，首先是討 5-3 頁，第一個除了實施期間要改 110 年以外，另外年度的執行目標，原本是 16 萬人次，這次要改為

17 萬人次，後面有括弧說含這次新增的收案對象，包含腦傷還有脊髓損傷的中度肢體障礙者，服務要有 2,000 人次為執行目標。

主席

好，那我們就一項一項來，到第四項應該沒有意見吧，接下來第五項。

醫務管理組陳依婕科長

第五項的話，全年的經費就依照總額協定的事項，不過全聯會有建議一般服務要移 5,000 萬元來支應這個專款的計畫，就依照會議的決議來辦理。

主席

好，這個大家有沒有意見，沒有我們就通過了，接下來。

醫務管理組陳依婕科長

接下來請大家看到討 5-6 頁，5-6 頁是適用對象，依照我們的協定事項。

簡志成代表

等一下，主席，不好意思。

主席

請。

簡志成代表

當初有建議在剛剛的第二項後面加說，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，這個文字也要加進去？這是署本部建議要加的。

主席

第幾項。

簡志成代表

第二項，就是按季結算，當季若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則再去撥款，是把牙特寫進去，這個部分也要改嗎？因為原本的資料好像都沒寫。

主席

依婕科長，這邊需要再加進去嗎，是不是有漏掉？

簡志成代表

因為當初就是有幾個地方要用到這一塊，急診、醫不足還有牙特，當初會前會是說都要寫進來，我是不知道現在有沒有正式要寫進去。

主席

應該要寫進去。

簡志成代表

因為這部分是當初會前會提出來的。

主席

漏掉了。

醫務管理組陳依婕科長

是，沒錯，我們這個會再把它補進去。

主席

應該補那些文字，現在稍微先念一下。

醫務管理組陳依婕科長

大家可以看到討 3-1 最下面的(六)這邊有寫到，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。

主席

O.K.，就是討 3-1 最下面的(六)的文字，對吧？

醫務管理組劉林義專門委員

對，這個因為又跟我們原定的討論案第二案有關係，現在就是剩餘款還要再移撥給醫院對不對？

主席

到最後定案我們再把它補進去。

醫務管理組劉林義專門委員

好。

主席

那這項保留，討 5-4 的文字會再改。

簡志成代表

因為後面可能還有些項目，到時候看後面決議怎樣再寫。

主席

因為等一下還要討論一個移撥給醫院牙科的獎勵費，那這一項我們就記錄下來，最後文字就請支付標準科直接放進去，再往下。

醫務管理組陳依婕科長

討 5-6 頁，適用對象依照這次的協定事項我們會增加肢體障礙，後面有括弧增加腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙的患者。

主席

好，這個有沒有問題，應該沒有問題吧，好，往下。

醫務管理組陳依婕科長

請看到討 5-12 頁，這次在我們醫療團的牙醫醫療服務，有關一般護理之家，全聯會是建議說我們後面的括弧，由衛生福利部護理及健康照護司擇定，110 年是含 109 年增設 2 家為限，本署意見是，從 109 年 10 月到目前為止，其實還沒有一般護理之家有提供牙特醫療團的服務，另外 110 年的總額協定事項，沒有協定一般護理之家機構數。所以是建議在 110 年的計畫內，不要再特別匡列一般護理之

家的服務家數，因為這項也是要由主管機關，也就是照護司核定的特定護理之家才能做執行的，以上。

主席

這個護理之家，當時也是協定事項，可是都沒有執行。

簡志成代表

不是沒有執行，是有擇定了 2 家，但在屏東的護理之家是場地設備的問題，院方沒有辦法提供場地，有協調他們再找、再規劃，那彰化的護理之家已經協調好，預計可能明年可以實施，因為當初也只給 700 萬，今年沒有再增加費用，所以我們是不是說先以這試辦出來的情況，再去看後續的狀況，因為護理之家要怎麼擇定的標準，我們比較難去做判斷，還是要拜託照護司，照護司去年提供了 3 家，最後因為是醫院，所以沒有被納入，所以目前是 2 家。

主席

總之，今年 109 年的 700 萬都還沒有用就對了，2 個護理之家都沒有啟動，預計明年會啟動。

簡志成代表

至少會啟動 1 家，如果另一家屏東的護理之家真的沒有辦法，我們再請照護司再補另外一家上來再去做，做出有成果報告，我們也才能去做後面預算的編列等等情況。

主席

所以我們這個文字是不是就「含 109 年增設的 2 家」。

簡志成代表

對。

主席

所以文字加上一個「含」，大家有沒有意見。沒有意見就照這樣通過，接下來。

醫務管理組陳依婕科長

接下來請看到討 5-16 頁，特定需求者牙醫服務，小 a 有講到得採論次加論量支付方式，翻頁到討 5-17 頁，論次項目（支付代碼為 P30003），支付點數每小時 1,900 點調升到 2,400 點，本署意見第 1 個是要請全聯會說明這項目支付點數要調升 500 點的理由。另外還必須加上財務影響評估供本署參考，我們這邊有試算財務影響，我們是以 108 年全年論次申報件數還有成長率去推估 110 年大概會增加 20 萬點，以上說明。

簡志成代表

這部分先跟主席跟各位報告一下，所謂的特殊需求者就是植物人創世，去的話不是固定式治療椅而是攜帶式的設備，所以當初在制訂的時候，這邊討論的情況是希望跟我們醫療團的固定治療有所區隔，

所以訂了 1,900 跟 2,400，但是經過這幾年實施的情況，發現實際上操作起來，並不比固定治療椅還輕鬆，它是每個床位都要去架設 1 次，而且目前我們這次的 SOP，外展也把這個攜帶式設備都寫進去了，所以它執行情況的困難度跟我們一般的治療點事實上是相差不多的，甚至更困難，所以我們才希望把 2 個的支付標準拉成一致，且最後評估增加 20 萬點，以上。

主席

創世的那些植物人應該越來越少？

簡志成代表

不會啊，越來越多，目前是針對創世，實際上還有很多單位在講他收植物人。

主席

好，這個大家有沒有意見，沒有我們就通過，接下來。

醫務管理組陳依婕科長

接下來請看討 5-25 頁，醫療團在執行特定身心障礙牙醫醫療服務的時候應注意事項，原本是醫療團每月 20 號前要接送次月的排班表給牙醫全聯會跟保險人分區業務組備查，但原本是異動時亦同，意思就是在每月 20 號前異動時也要檢送相關的資料，這次全聯會是建議異動時應於次月 15 號前檢送相關的資料，並確實完成報備支援的程

序，本署的意見是同意比照牙醫醫不足的方案來修訂異動班表的報備日期，不過本署建議是說這個日期加上去以後，我們還是建議要明訂，如果沒有依照計畫規定在期限內完成報備，不予支付論次的點數，第三點我們有說醫師應邀出診，依照醫師法應完成報備支援，所以我們不予支付規範其實是這個計畫的行政管控措施，所以我們有建議第 4 點，方案文字修正如下，就是異動時(包含新增或取消)，應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援的程序，如未依前述期限送件者，不予支付論次的點數，以上。

簡志成代表

牙全會當初有提出不同樣的版本，就是前面送件的期限我們沒有意見，但是後面如果未達期限內送件者就不予支付論次的點數，我們希望能夠改成催繳 3 個月仍未改善再提一次計畫，因為直接扣款會產生一個盲點，他可能衛生局報備成功了，他也是合法去服務了，但是行政流程是由醫師送到公會，再送到業務組或全聯會，中間其中一個流程可能 delay 1~2 天，你就要扣款，對醫生來講，難免會有一些比較無法控制的因素，但是我們也覺得不能對醫師都沒有控管，所以我們希望說如果他有 3 次這樣的情況，我們就暫停此計畫，而不是去扣他已經執行的費用，因為如果說衛生局沒有報備成功，即使我在期限內送件，我也是不能請這筆費用。

主席

你講的是 3 次。

簡志成代表

如果有 3 次，就是超過期限送的，我們就暫停這個計畫，他就不能再做這個計畫，我想這個會比他扣當次的款，更有警惕地要去做這個計畫。

主席

就是 3 次都遲送就對了。

簡志成代表

對。

主席

可是如果他第 1 次遲送，但是他有完成報備，最後有補報備成功？

簡志成代表

我只要衛生局報備成功，我才能夠合法去服務，不管我送件在期限內或期限外，但是今天如果我報備不成功，即使在期限內，這筆費用還是減不到，所以重點是在報備支援成功的程序，我們後面是一個行政上的審核，希望我們在控管，所以違反今天的情況，我都報備成功了，只是期限或是郵件日期 delay 了，所以要扣這筆費用，這可能會造成爭執，所以我們說如果就以 3 個月，他都沒辦法寄的話，

那我們是不是就以暫停這個計畫，對他來講我想比扣當次費用的懲罰性效果還強。

主席

這個執行是分區業務組，分區業務組這邊有沒有什麼問題。

簡志成代表

3次就3個月，因為我們1個月就要1次，報備是要次月之前。因為在我們原本沒有修訂的條文，就已經有班表副本送牙醫全聯會，未繳經催繳3個月內仍未改善者，則暫停計畫，我們只是把這個拿過來用，所以原本的計畫就有了，在討5-26的第3點最後，那是原本就有了，我們只是因為事實上扣款這件事也不是在牙特這裡面，是在醫不足那邊，只是想把它 copy 過來，我們是覺得就照原本牙特這樣催繳3個月未改善者，就暫停這個計畫，這個造成的爭議會比較小。

主席

你剛念的討5-26頁，那是另外一件事情，是20號前要到VPN去登錄費用明細。

簡志成代表

對，因為原本牙特就沒有說，沒有報備就會扣錢，牙特原本沒有這一條。

主席

依婕科長這邊呢？

醫務管理組陳依婕科長

在會前會我們有溝通過，針對這一點其實我們同意可以保留一點彈性措施，不過可能相關的文字，像剛剛有提到的，比如說是經催繳 3 個月或 3 次，異動的時候我們現在是規定在次月 15 號以前要把異動的相關資料送來，可能這邊保留一些彈性，就是催繳 3 次仍無改善，則暫停計畫執行，相關的文字必須寫進去，這樣子我們分區才有辦法去執行。

主席

是不是就是催繳 3 個月仍未改善者，得暫停計畫執行。3 次還是 3 個月？

醫務管理組陳依婕科長

因為他不一定 3 個月都會連續。

主席

所以分區覺得 3 次會比較好？

簡志成代表

所以如果我 1 個月變更 3 次，那是算 1 次還是 3 次？舉例我今天下午本來是在機構，我今天就是變更了，然後 23 號也變更 1 次，假設

我這 2 次沒有送，我這樣算 1 次還 2 次，這樣我會建議用 3 個月才比較標準，因為我這樣 1 個月就 2 次了。

主席

那你就事先去報備，你明明知道今天要開會。

簡志成代表

報告主席，曾經發生過的事情，就是我明明都報備成功，但是公會寄出來 delay 了。

吳明彥代表

這是公會的問題。

簡志成代表

對，所以這個問題是要去找公會助理嗎？

吳明彥代表

當然，這是公會的問題，這不是你的問題。

簡志成代表

可是扣錢是扣我。

吳明彥代表

那就不對。

簡志成代表

對，所以我才說用催繳 3 個月為限而不是扣錢。3 個月不行就暫停計

畫。

吳明彥代表

公會的問題當然不能扣你的錢，你們這麼辛苦工作怎麼會扣你的錢。

主席

這件事情就是大家覺得合理比較重要，3 個月或 3 次我沒有特別的意見，至少要有一個標準在那。

簡志成代表

因為我們前面已經有 1 個條文，就是 3 個月，因為我們原本報備沒有成功就是 3 個月。

主席

因為未繳交者經催繳 3 個月仍未改善者則暫停，可是每一次都要算 3 個月，如果你這個月發生 3 次，我們還要分 3 段去看。

簡志成代表

就我剛舉的例子，對我來講可能是 1 次都報給公會，那公會可能 delay。

主席

你現在不要舉你的例子，你現在去想像 3 個月要怎麼去算。

簡志成代表

因為我們每次班表異動就是要次月 15 日。

主席

對嘛，你想像你這個月就 3 次了，那我們怎樣去算 3 個月。

謝偉明代表

應該是說次月 15 日再加 3 個月仍未檢送的話，這樣會比較清楚。

主席

他這個月就 3 次了，那 3 個月要怎麼算？

謝偉明代表

不要用次數算。

主席

每一次的催繳就算 3 個月，假設這個月犯了 3 次，3 個月都還沒到，他就又犯 1 次了。

簡志成代表

1 次 1 個月，1 個月 1 個月算，因為我們班表現在都是 1 個月 1 個月送，異動也都是彙整 1 個月 1 個月，業務組也是彙整 1 個月 1 個月送，那這樣子就是 1 個月 1 個月計算會比較單純。避免短期異動 1 次就送 1 次的困擾，業務組會收多次的文，那我想對業務組來講 1 個月送 1 次會比較簡單吧？

吳科屏代表

那有需要到 3 個月嗎？

簡志成代表

因為 1 次有可能公會疏忽，不能說 3 次都是公會的問題，你醫生難道不用負責嗎？你不用處理協調嗎？

吳科屏代表

我是請教時間有需要拖到 3 個月這麼長嗎？

簡志成代表

因為 1 次就是 1 個月。

吳科屏代表

你要輔導他，因為這次發生的事情已是下個月才知道有沒有送，予以輔導應該一個月內可以改善。

謝偉明代表

我想意思應該是這樣解釋，就是說費用年月，那你那次的月 15 日沒有送出來就算 1 次，如果這樣子發生 3 次，那你就退出這個計畫，不是說 3 個月 90 天，就是說你 10 月有異動，那你 11 月 15 日之後才報就算 1 次，那個月就用掉了。

主席

那就不是催繳 3 個月了。

謝偉明代表

對，你只要延遲 1 次就算 1 個月，延遲 2 次就算 2 個月。

主席

如果你是1個月要送1次就算1次，你1個月要送3次我就算3次，就要算次數，對不對？那有人1個月要送3次的怎麼辦？

簡志成代表

我必須在這邊講，要去做這些的醫生都不是存心來挑戰這個規則，所以我才說原本有3個月就用3個月算。

主席

3個月是要怎樣算？

簡志成代表

比如說我今天是11月的，應該是12月15日，12月15日發現11月有沒有報的，不管是幾次就算1件，再來後2個月也都遲報的，那就暫停資格。你說1次、2次可能有些不可歸責的關係，連續3次就很難講，醫生可能也要負些責任。就不是扣錢，是暫停這個計畫。

醫務管理組陳依婕科長

主席，我建議這個文字是否調整為「若累計3個月次未依期限繳交者，則暫停計畫執行」，不曉得這樣有沒有符合？

簡志成代表

這樣是沒有問題，但是你必須把累計分母是多少，是1年累計3次還是一輩子累計3次寫清楚。

主席

現在這個事情有 2 個問題，一個問題是說如果沒有完成報備程序的話要有多少的忍耐程度，第二個是如果那個忍耐程度仍未改善，到底是不予支付論次點數，還是暫停計畫執行？這是不一樣的。我們本來是說如果沒有照期限送的話，那一次就不給費用，處罰就比較輕一點，但是如果改成 3 個月內仍未改善就暫停，就很嚴重，去做牙特服務的醫生也不多，那你一個一個都對著行政去暫停，那些弱勢的誰去，所以看起來是簡單易懂的比較好吧？

簡志成代表

沒有，跟主席報告說，因為會有不可苛責的因素就是扣醫生的錢。之前該產生的費用他還是有，但後續他不能再加入這個計畫，等到他把該改善的都改善，他再來申請加入。

主席

沒有啊，你暫停這計畫，什麼時候再開始誰知道。

簡志成代表

暫停並沒有說他永久都不能參加，他必須改善。

吳科屏代表

那多久期限給予改善？

簡志成代表

那是另外一件事情。

主席

那沒有進來計畫內，怎麼知道有改善？

簡志成代表

基本上我們希望當醫生有一個嚇阻的情況，就是你不照這個規矩來，你會喪失資格，這比你已經服務完結果才發現我要被扣錢。

主席

我們沒有想要扣錢。

簡志成代表

對，所以我們才想說用這樣的方式。

主席

只是說程序大家把它做好，比較好做事。

簡志成代表

所以我們才希望讓它有一個嚇阻的效力，他會爭取他的資格。

主席

你現在的嚇阻是很嚴格的，就是暫停，也不知道暫停多久，可是原來的是說未依期限內繳交異動資料就不給予點數，請問是那一個比較嚴重？

林鎰麟代表

主席，這個方案是醫不足計畫來的，我9月多接的時候，事實上就有會員醫師反應，所以這個事實上我們醫不足對這個問題也是很頭痛，現在問題是這個醫師他已經服務了，他也有報備，只是說他沒有把異動的表送到業務組這邊來，所以要被核扣他的費用，這件事情他在官方執行的流程沒有錯，也報備了，他只是沒有把他異動的東西送到業務組這邊來。

主席

然後呢？

林鎰麟代表

所以他當次的費用就要被扣掉，那這只是行政上的錯誤，就這樣我贊成簡代表講的話，你可以屢勸不聽，那行政作業他就不配合，讓這件事情很難做，我們可以讓他不要去，讓他去檢討，而不是讓他已經去過了然後拿不到錢，這是不對的。

主席

那你現在就是說讓他費用被扣比較好，還是說以後就都不要再去比較好？

林鎰麟代表

對，就代表對於這個東西你都不重視，我們需要這樣的人去服務呢，我的意思是說如果他屢勸不聽，只是這個勸的程度到什麼程度我們

可以接受，這件事情是很奇怪的事情，他沒有什麼不對的事情，他只是沒有把最後的文件送上去而已，而且我們論次的費用有半年的期間，只是隔月沒有送過去，費用都沒有，這件事情合理嗎。

主席

所以你們在乎的是，提供服務就一定要拿到錢，而不在乎以後還有沒有機會提供服務。

林鎰麟代表

這是要看他對於工作認不認真，重不重視。我覺得這是態度的問題。連行政的疏失都屢勸不聽，你覺得他對病人的態度會好嗎？品質會好嗎？這類的事情在醫不足計畫，在我 9 月上任的時候就有會員醫師跟我反應已經提供服務了卻因為不可抗力因素，我相信個分區業務組都有考量，分區業務組也不至於這麼硬板板，一定會聽醫師說明有哪些不可抗力，我相信我們落了文字後還是有一些空間可以討論，但醫師的態度如果是很惡劣的，我想分區業務組一定可以知道。我覺得這件事情可以交給分區業務組去判斷，我們在這邊去推測可能會有一些落差，以上報告。

主席

聽起來是你們很在乎，去服務就一定要拿到錢，而不是很在乎說未來還有沒有機會再去服務。

林鎰麟代表

那也是對該醫師工作的評價。

主席

好，我們這邊覺得未來沒機會提供服務的情是是比較嚴重的，而當次未於期限內送異動資料而扣錢是比較輕微的，跟您們剛剛強調的是相反的。我覺得醫缺的醫師如果暫停服務計畫是整體損失。謝醫師。

謝偉明代表

但另一想法，該醫師因行政沒有完整而被踢出計畫，那是我們主動執行，而有些醫師他因為去服務後而沒有拿到錢，他會變成主動退出計畫，其實這是很兩難的。

主席

這件事沒有主觀意見，只要行政程序是可以好執行，我們沒有刻意為難大家，這個是行政上需要，部分的小疏忽也沒有要給很嚴重的懲罰。如果你們覺得去服務了扣當次的錢比暫停計畫還要不認同，那就採用你們的意見，沒有繳交者經過 3 個月內仍未改善，就是 3 個月內再犯 1 次就是未改善。3 個月內，本來還要用第 1 個月及第 2 個月的資料，若第 2 個月依然遲送，就是不改善，3 個月內如果再發生 1 次就表示不改善。

簡志成代表

基本上原意是如果設定 1 個月申報 1 次，3 次或 3 個月違反遲交的情況就暫停計畫。

主席

就文字上，「未繳交者經催繳 3 個月內仍未改善者得暫停計畫執行」的意思就是，這個月內發生也已經催繳也繳交了，但下個月依然遲送，我們說 3 個月內，就再給 1 次機會，結果第 3 個月又遲送，這就符合，這樣的情況是一種情形。第二種情形是第 1 個月開始就遲送也催繳了，但第 2 個月就準時提供資料，但是 3 個月還沒結束，第 3 個月又遲送了，這樣也算 3 個月內又發生，就是不改善。因為偶爾準時，偶爾又遲交，難以執行。

簡志成代表

所以我們這邊認為是第一種情形。

主席

3 個月又要發生 3 次？

簡志成代表

對。

主席

這樣永遠不會發生，因為永遠都在做白工，事情不能這樣子，要公

平。

簡志成代表

我們不希望真的認真在服務的醫師因為疏忽而造成困擾。但是如果他疏忽了而且連這 3 個月都做不到，代表他不認真，我們也不希望他留在這個計畫裡面。

主席

不是，我的意思是說，你剛剛說的第一種情形是，3 個月連續 3 次，這樣子的情況是不太會發生的，我們就永遠追著他 3 個月、再 3 個月…、再 3 個月…。因為這樣會讓他有機會是可以 1 個月遲交、1 個月部遲交。這是不公平的喔！因為這樣子的行政作業會折磨同仁，會無限循環。如果可以的話，只要 1 次發生就給 3 個月的改善，3 個月再犯就是不改善，就是暫停。這樣可以嗎？

林鎰麟代表

我的意見跟簡代表一樣，也是第一種情形，我們高屏分區也有一些意見。

吳享穆代表

其實實務上因為異動或是一開始的報備都是由公會醫療團來做這件事情，會員醫師最困擾的就是異動的時候，我相信大部分的醫師都會做好自己該做的事情，然後會跟公會講要做異動，而最容易發生

問題就是在這個部分，到隔月 15 日前公會小姐會有行政上的疏失，就會有業務組收不到異動通知的問題。

主席

這樣公會端也要去要求阿。

吳享穆代表

我會建議異動的部分，能不能由醫師主動寄給業務組跟全聯會，不要透過公會？

主席

可以，這也是個方法，各位覺得有什麼問題嗎？

簡志成代表

如果有這樣的爭議，我們是否能改成「累計達 3 次者」，就不會有時間計算上的疑慮，累計達 3 次就暫停計畫，而時間區間就是 3 個月。

主席

沒有，1 個月異動報 3 次就是算 3 次，次就是次，不要和月混在一起。

簡志成代表

就是累計 3 個月啊！不要連續。

吳明彥代表

主席，因為我不是開業醫師，我站在第三者來看，我先請教一個問

題，因為這個計畫醫師是否太多，所以暫停掉一個醫師也不重要？如果說只有少數醫師去服務，又把他停掉，基本上這樣病人端怎麼辦呢？我就從供給和需求來看，現在供給量沒有滿足需求量，又訂了一個這麼嚴格的規則，這樣病人怎麼辦呢？實際上就我了解，供給量這麼少，行政程序就要越簡單越好，我講難聽一點，只是忘記寫異動時間是不能扣錢的，工作已經這麼辛苦了還扣錢，大家怎麼捨得呢？我建議行政上要簡化，扣錢怎麼捨得，行政上的是要讓公會去把它完成，而不是扣醫師的錢，我只想了解，供給量是否足夠？這群醫師如果把一個人停掉隨時都能補到人，那暫停醫師的計畫就沒關係。

林鎰麟代表

主席，我 echo 吳代表的話，原意就是不想因為異動表的疏忽就扣錢，因為事實在法規上並沒做錯事，該報備的都做了，只是沒送異動表，現在是署方要有個規則能讓分區業務組好執行，所以我們才去想出這個不得已的事情，不然我們事實上跟吳代表講的一樣，提醒醫師次月 15 日前要送異動表，如果沒有就讓醫療團來控管，同儕制約的方式。

簡志成代表

報告主席，這個案子原本在牙特裡面是完全沒有罰則的，只有寫到

次月 20 日前應該要繳交，我們現在是因為要跟醫缺對齊才調整為 15 日，署方建議也要把醫缺的罰則寫進來，所以照我們原意這是不需要罰則的。

主席

因為過去常常發生異動後未於期限內繳交資料，造成行政程序困擾。

簡志成代表

所以讓醫生有警覺性，讓他喪失資格比扣錢還嚴重，就會去提醒自己、診所助理、公會助理等環節。

主席

所以你們認為？要用時間(月)還是次數來限制？

簡志成代表

累計 3 個月。

主席

累計 3 個月？就是催繳 3 個月的意思囉！

簡志成代表

就是累計 3 次有這種情事。

主席

就是 3 次嗎？不要月、次混雜。

林鎰麟代表

吳代表剛講的鏗鏘有力，為什麼我們不去照他的理想還要去討論呢？請吳代表幫我們表達我們的本意，我們非常贊成你的意見，是否能幫我們跟主席爭取？

主席

牙特計畫和醫缺計畫規定要一致。

林鎰麟代表

所以醫缺這部分是不對的。

主席

我們很尊敬醫師，但是我們同仁也有很多業務在進行，所以我們要討論出一個方法，而我們會討論的這個事情是因為已經發生很多遍了，在業務上甚難進行，所以你們要3次或3個月就遵照你們的意見。如果是3個月，則3個月有發生第2次就暫停。好不好？

簡志成代表

目前分區業務組應該都希望我們1個月彙整提報1次，業務組不希望1次1次提報。

主席

不會有例外情形嗎？

簡志成代表

基本上希望是彙整1個月提報1次

主席

那就是經催繳 3 個月內未改善者則暫停。

簡志成代表

累計 3 個月。

主席

催繳累計 3 個月得暫停？

簡志成代表

對。

主席

你們決定了就好。您是召集人吧？

謝偉明代表

我念一下，應於次月 15 日前檢送並確實完成報備支援程序，如未於期限內送件，1 年累計 3 次者不予支付。只要過了 15 日沒報，不管提供幾次，應該就算 1 次違規而已啊？

主席

我們也希望 1 個月報 1 次異動就好，不要報多次。

謝偉明代表

不管報幾次，只要一次超過 15 日提送，那一個月就算 1 次。

主席

對，所以要次還是月？

謝偉明代表

一整個月過了 15 日不管報幾次就算 1 次，再來就是下個月的事情。

林鎰麟代表

我先確認，沒有在次月 15 日前繳出的異動就算 1 次？比如說某醫師今天臨時去開會，有再次月 15 日前送異動，這是個正常的程序。而不是異動 1 次就算 1 次。

主席

以你遲送的次數為主。

林鎰麟代表

不是，實務上有可能我今天在次月 15 日前送異動，比如說我今天 12/8 來開會，我事前知道這個情況我就把異動送改業務組，這是一個正常的異動，這就不算次數。

主席

當然，準時送達的就不算遲送次數。

簡志成代表

好，就累計 3 次。

主席

就以簡代表說的，累計 3 次。

黎達明代表

我建議後面加個括號，月班表。

主席

所以後果就是暫停計畫嗎？

簡志成代表

對。

吳明彥代表

請問可以補足暫停計畫的醫師人力嗎？

簡志成代表

基本上現在就是其他醫師要補上。這個我們就會去制約。

主席

同儕制約嗎？

簡志成代表

而且如果已經違規兩次基本上公會應該督促醫生要照規定。

主席

好的，那就請你們發揮同儕制約，這種事情不要再發生就好了。

吳科屏代表

我們是建議用「當年度累計達三次」。

簡志成代表

我請教一下，是照計畫公告的年度？

主席

對，所以如果要再參加就下一個年度再提出，當年度就暫停。所以年初參加的時候損失大了一點，年底參加就比較沒有損失。我們就先試試看，其實寫在這裡的處罰都不要讓它發生。你們要好好宣導，不要讓遲交的情形再發生。好，下一案。

醫務管理組陳依婕科長

回到討 5-18 頁，提到費用申報特定治療項目代碼，新增「腦傷及脊椎損傷之中度肢體障礙」的代碼，這裡我們會盡快來做調整。接下來進到討 5-30 頁，這邊牙全會有建議將感染管制 S O P 作業細則回歸「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行，所以同意刪除附件 14 。

主席

好，大家有沒有什麼意見，接下來。

醫務管理組陳依婕科長

5-31 頁，因為配合刪除附件 14，所以後面的附件編號會遞補上來。

主席

好的，這個部分就不用一一報告。

醫務管理組陳依婕科長

討 5-32 頁同樣也是把增列適用對象條件加進去。

主席

沒有意見就繼續往下進行，如果有意見請隨時提出。

醫務管理組陳依婕科長

再來是討 5-36 頁，這邊是居家牙醫相關的醫療服務，本署建議做文字修正，因為原本牙全會建議在(七)2「個案首次執行牙醫醫療服務……」，而我們在意是執行服務的是牙醫師，而個案是接受醫療服務，所以我們建議把文字改成「接受」。

簡志成代表

主席，這部分文字怎麼修正我沒有意見，但是我想去 6 分區確認一下，因為之前會這樣改是因為有分區解讀成每次都要送一次評估表，因為我們的意思是第一次去做完要送評估表，之後我們在執行的時候就不用再送了，不要每次都要送這麼多文件，而且都送同樣的東西。所以之前因為有分區解讀成每次都要求醫師要再送一次評估表，所以想請 6 分區確認如果文字修改成這樣，在解讀上有沒有什麼問題？

主席

個案接受服務，什麼時候要送評估表？

簡志成代表

我的意思是，我第一次去做完訪視一定要送評估表這是沒有問題的，

而後續第二次、第三次再去就不用再送評估表了，但之前有分區解讀成每次都要送評估表而造成醫師的困擾，而且不送就沒有辦法給付，所以才要這樣改，所以請各分區確認這樣的文字修正在解讀上有沒有問題，不要之後有不同的解讀。

主席

簡志成代表這段話就列入實錄，而且各分區也都聽到，接下來。

醫務管理組陳依婕科長

請大家看到平板上這次的補充資料序號 4 的檔案，提到的是重度、極重度特殊身心障礙者社區醫療照護網，紙本的話這是右上角有寫 1091124 牙醫門診總額 109 年第 4 次會議補充資料 3 第五案補充資料。這是配合這次協商，所增訂重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網的計畫，這次牙全會把它整理在牙特計畫的第 9 大點，本次的收案對象是本計畫之重度、極重度特殊身心障礙者，翻到第 2 頁有醫療服務提供者資格，原先心口司有「特殊需求者牙醫醫療服務示範中心獎勵計畫」，目前有兩家醫院建議納入，一個是雙和醫院，另一間是國立陽明大學附設醫院，分別結合鄰近 6-10 家基層院所照護醫療網，關於這兩部分請牙全會說明，照護網提供的服務與現行牙特計畫的照護內容的差異，且如何透過這個照護網來提升牙醫的照護體系，另外建議參與醫療照護網的個案不宜與原牙特計畫收案

對象重複，以完善特殊照顧族群之照護，達全人照護的目的。在第 2 頁序號 2 的本署意見，針對醫療服務提供者的資格，我們要請牙全會說明，因為現在牙特計畫已經有分初級、進階兩類的院所，這個照護網跟現在我們牙特計畫的初級跟進階院所有什麼樣的差異，還有後送機制之間有什麼的不同，我們想確認說這個照護網，因為它是組成一個網絡，所以設想可能會有比較頻繁的轉診，這樣子的轉診行為是不是可以報我們第三部牙醫通則的轉診加成？另外原本牙全會提供這個醫療服務提供者的資格和第 2 點每月 5 日前述的示範中心都要向牙全會提出參與計畫申請書，想確認每月 5 日都要重複做這件事情嗎？還是只要第一次做就好了，這部分要請牙全會說明。

主席

因為這個計畫是新的，而且是社區醫療照護網，所以不太知道這計畫與原本牙特計畫的差別，不要重疊，先請說明。

簡志成代表

主席，各位委員大家好，這邊說明一下，基本上我先解釋現行牙特方案，就是有特定身心障礙者身份就可以參與這個照護，包括洗牙等情況，有問題可以轉診，但是他現在的情況就是我轉診這個患者就是很簡單的轉診單過去，這些特殊患者，他可能很多，不只是他的病情要交代的，還有其他的生活習慣等等的情況，甚至關係到他的照

顧資料需要做一個溝通，才會形成一個比較好的情況，避免類似上次拔牙這樣的情況產生，不然的話，我只要是一個轉診單出去，它不像其他科的智齒或是根管治療後續的專科醫生都可以知道這是什麼狀況，因為現在沒有這一塊所謂垂直網絡的連接，所以我們希望在這個照護網裡會有一個主責的醫院，在醫院目前來講就是我們現有的試辦中心，我們台灣有 7 大試辦中心，在我們健保的定位都是所謂的初階院所，健保把這些區分為初階跟進階，因為有些診所它的規模可以做到進階，有些地區醫院他可能做初階，所以沒有辦法去要求診所或醫院去區分初階或進階，但是這 7 大試辦中心基本上都是進階，因為是後送的單位，主要它可以執行比較困難複雜，包括可能約束、麻醉等等後續這些完整的治療，我們希望他們能夠負擔這些，但特殊的個案如果他恢復到一個程度，他只需要日常的照護 maintain，我們希望他能夠回歸到一般的院所、初階院所，但是這些個案可能不是我一個轉診或轉診單出去，就能夠與後面的不管是初階或進階院所接收，還有一些其他的資訊，所以我們希望主責單位或醫院能夠建立一個網絡，包含這些個案，不只是雲端看到的東西，還有包括他的健康史、照護史、習慣等情況都了解，才能做一個完整的上下轉的動作，不然只是一個轉診，院所根本不知道這個個案一開始安撫、誘導就要開始做，一開始就要叫他看診，可能又要從頭都

來，所以才有這個概念出來了。所以目前來講，署方提到收案對象，他一定是特定身心障礙，是持有手冊的，所以如果跟特是不一樣，那我不知道收誰？收一般我們的其他的患者嗎？他的身份一定是跟我們牙特專案一樣，不符合牙特專案的就不會在這個專案裡面。只是主責醫院跟底下形成的幾家醫院的網絡，他去評估這個個案，是不是能夠在這個網絡裡面達到完整的照顧，他才收案進來，不是每一個患者來都收案，只有在院所裡面，也不是說個案去機構醫療團的都收案的一個情況，所以個案來可能需要填我們後面一個表，包括除了一般的病史、治療史，還有照顧習慣都要填，這些情況都要主責單位鍵入一個網絡，參加這個計畫的院所都可以去查詢到個案的資訊，且沒有加在其他任何處置，只有增加一個統合照護費，依照障別也不同，本來我們是單訂一個點去加成，但是署方的意見是希望我們每個障別都列出來，所以不要用加成，所以把每個障別都列出來了，然後不再加成，所以個案轉診也不會有加成的問題，希望能夠達到個案比較完整的一個照顧。因為這塊可能還要從一些其他心理層面等其他層面去照顧個案的狀況，這是我們這個網絡最主要的一個構想跟發展。

主席

請問是誰來申請統合照護費？

簡志成代表

看這個個案放在醫院就是在醫院申請，在院所就院所申請，但是院所就像我們收案都要登錄 VPN，在這個網絡裡面去執行。

主席

這個統合照護是執行什麼服務？

簡志成代表

基本上就是包含除了一般醫療照顧，還有個案的潔牙、飲食等等咀嚼類等等，因為可能不是只有治療牙痛就沒事了，可能還要跟個案的照顧者去教導怎麼清潔、照顧及維持，這些一定不會是個案自己處理，一定需要別人的幫助。

主席

現在的意思是說我們牙特可能都在機構裡面，你們就去照顧這些機構的孩子，那這些機構沒有辦法處理的就要轉診到上面的醫院。

簡志成代表

不是，我們的對象是在家裡，不是機構，只有在院所內才可以申報，就是初階診所。機構、醫療團就不能申報這個費用。

主席

醫療團就不行。

簡志成代表

對。

主席

外展的不行，現在就是住在家裡的，個案基本上有問題先去願意照顧身障的診所看，如果診所覺得沒有方法處理，需要把個案轉診到醫院的時候，這時診所就可以來申報統合照護費嗎？

簡志成代表

對。

主席

可是這個病人他基本上是要去醫院，是醫院要了解這個病人。

簡志成代表

對。但是醫院轉來，他可能只知道個案可能是牙痛或是別的問題，但對個案的前面的狀況不了解，就要從新檢查一次，而且可能每次帶個案去醫院的照顧者都不一樣。

主席

診所的醫師做這些資料蒐集之後，醫院的醫師還是不了解。

簡志成代表

資訊要上傳了。

主席

上傳到醫院之後，醫院的醫師就懂了嗎？

簡志成代表

基本上他獲得的資訊會比較多，我認為比什麼資訊都沒有進來好，希望醫院的醫生跟診所醫生能夠做不只是個案的交流，還有去做實務的經驗，都要定期的開會研討。

主席

我們這裡有醫院的醫師，請蘇醫師。

蘇主榮代表

我想請教一下，因為訂這個方案的思維，我在想是不是想比照西醫的家醫群的概念去設計這個醫療團，但是我比較困擾的是，如果是診所的牙醫師，他如何去發掘需要的民眾？

簡志成代表

跟蘇醫師報告，一般來講，這些特定身心障礙者他如果要看診，一定會先去找那些診所可以看診，所以他會知道有那些院所，我們也希望如果這計畫完整的話，包括署或衛生局能夠提供給我們在這一區裏面符合資格的名單，我們再去挖掘出來，因為這個部分是目前比較難去做，我們這邊先靠患者過來，這個部分也可以由確定通過之後，由全聯會跟地方公會去做宣導，讓這些特定身心障礙患者才知道我們有這個醫療網的照護。

蘇主榮代表

因為家醫群的處理模式是診所跟醫療院所做上下轉診的概念，倒沒有所謂有這樣的費用申請，因為你講病人會跑到你的診所去，他就已經在診所執行了應該做的診療費與治療費，這一端你已經開始作業了，如果說你覺得這個病人你沒有辦法 handle，你必須要轉診，你只是透過一個轉診機制到醫院去，所以他並沒有執行一個所謂整合概念的東西在這裏面，所以我是覺得這個計畫的用意是很好，是希望把診所跟醫院能夠結合在一起，但是好像怪怪的，因為你基本上這些病人你要你要怎麼去發覺，因為你講的是社區，對不對，我本來期待的是說你在社區裡面找到這個病案，他這問題是你怎麼去找社區這些潛在的需要治療的、服務的病患，我剛剛第一個問題就是說我們的醫師怎麼去發掘社區中潛藏需要醫療的個案，他用什麼模式去？

簡志成代表

在社區發展這些潛藏的當然就是靠我們要後續去宣導，這是這個群要去的工作，他們可能不只是在診所醫療，還要到各社區或各據點去做這個宣導、衛教，然後讓這些患者知道他們有需求可以出來，然後在一般診所出現，他做他可以該做的，他做不了需要初階的在醫院做，醫院做完了，其他的初階照護不需要在醫院再下放到診所，中間彼此對這個個案的狀況都可以了解，有點類似像台大一個類似

星月計劃，台大與其他的診所合作，形成這樣的一個對患者比較綿密、緊密的照護，而且不只知道個案本身，還照顧到他主要的照顧者，知道怎麼回去去照顧個案，他的原意應該是這樣的一個情況。

蘇主榮代表

我再重複一下，我剛剛的第一個問題是如果你要你要申請一個所謂整合的概念，那這個整合到底在做什麼？然後第二個你要怎麼去發掘這些病人，發掘病人就變成你們到社區去找到病人，如果說這個病人已經自己到你的診所，那在診所已經啟動了你的特殊需求者的醫療了，這個你已經申報了，那最後你覺得你沒辦法 handle，這個 case，你才會上轉到醫院去，他基本上是經過轉診的作業進去，最多就是申請一個轉診的給付，但是不會有整合的概念，因為他到的醫院，醫院一定還是要全套的去問診這個病人，因為他是他的初診病人，他本來就該這樣做。

主席

請黃教授。

黃純德代表

這個整合確實是不錯，不過真正的最大的一個重點還是到那裡可以發現到個案，因為像嘉義的這個個案，就我所聽到的，就是說從小到 34 歲，牙科就醫的記錄就只有到嘉基的那 2 次，所以可以說一直都

沒有去就醫，這樣子的一個情形，我們只能去發現他，這個是很重要，因為如果說他們都是領有身心障礙手冊的話，一定在社會局身心障礙科都有登載資料，所以我們是不是可以跟社會局身心障礙科這邊來聯繫，取得這些資料，如果說健保署這邊也可以幫忙，我們是不是也可以做一個交叉比對，就知道說這一些身心障礙者是不是都沒有去過牙科，我們主動先去關懷，因為就這個案例聽起來，父母親可能也是都很年邁，大概有 60-70 歲以上，而且教育程度不是很高，在這種程度之下，他不會主動去求醫，所以這個事情確實是需要靠牙醫師公會來主動出擊、超前部署，先把個案找出來，然後給予關懷，甚至可能需要社工來提供交通工具的補助，或者說怎麼把個案帶出來，因為他們有時候可能因為交通工具都很欠缺，我有病人是從嘉義中埔那邊過來，每一次要出門都是至少 3 個小時，因為他要坐公車，然後再換火車，到高雄還要再換公車，路程是很辛苦，所以這個環節，可能是需要一個社會局的身心障礙科來幫助我們去把個案找出來，另外也可能需要社會局的社工人員去把他帶過來，這是我的建議。

簡志成代表

非常謝謝，這也是我們初衷，所以我們一開始沒有把我們剛講把醫療團已經 routine 在照護的包含進來，當然一開始沒有寫到這麼多，

是我們不知道可以透過，比如說社會局比對一些潛藏沒有來的患者，我們能不能主動發掘，如果有的話，實際上這個我們都可以把涵蓋到這個計畫都沒問題，只是我們需要後面的團隊是包含初階的診所跟後端的醫院，在診所的醫生去執行時他知道後面還有人在支持他，醫院也知道他 loading 不會太大，當這個患者治療到某個程度的時候，可以回歸到一般診所照護，是這樣的一個情況。

主席

好，請邱醫師。

邱昶達代表

我們支持全聯會的說法，然後因為我們有跟這 2 家，陽大附醫與雙和醫院的主任談過，本身就是試辦中心，他們就在服務這些人，而且有些開業的醫師跟它們合作的還不錯，當然需要更多的資源來服務更多的患者，而且這是個試辦計畫，這 2 家非常支持，請主席支持，謝謝。

主席

還有嗎？這件事情基本上沒有不支持，就是支持，因為是沒有滿足的需求，這些人可能真的是弱勢中的弱勢，需要把他發掘出來，然後提供比較好的牙醫的照護。但是我們這個案子，現在就是把原來的 proposal 跟我們現在要做的事情綜合大家的說法做統整，其實我們

應該做的就是重點在於發現病人，然後發掘，至於找出來之後。剛剛簡醫師在講台大的星月計劃，這是一個聯盟的問題，每個醫院現在都有聯盟，那你現在就說北醫跟雙和也有一個牙醫聯盟，但是基本上這個病人在這個聯盟照護，在西醫那邊也沒有什麼統合照護，完全沒有，當然就是診所先看，看完有問題就轉診，透過我們的轉診平台把病人的狀況告訴醫院，而且通常醫院去組這些聯盟，基本上診所的醫師是可以直接進到醫院的 HIS 系統去看病人在醫院診斷結果及治療的狀態，沒有像現在提的還有一個統合照護，診所做後再到醫院又重做一遍，不會因為你寫的病歷，醫院就不需要再去了解這個病人，依然會重做，所以顯然是疊床架屋，但是應該還是可以去設計一個，比如說像這樣子的病人，在兩邊交班的時候應該給予什麼訊息，這個是重要的，而且交班之後，診所醫師還是希望這個病人穩定之後回到我們診所來追蹤，這就是雙向轉診。我跟大家報告一下，這整個計畫是被支持的，但是內容要重改，重心應該放在怎麼樣去發現病人，發現病人這件事情其實也是也有機會的，可以透過我們資料比對，殘障者沒有看過牙醫的優先，然後去做探視，有一個家訪的費用，還比較挺恰當一點，因為你是試辦計畫，可以透過家訪去了解病人能不能出來看病等等，編這種錢還比統合照護有用，因為統合照護必然需要去了解的，你診所醫師要去治療這種病人，所有東西

都得了解，不是在做 paper work，這個病人真正必要轉到醫院，醫院的醫師也要重頭了解，要不然怎麼敢治療病人。所以這不是這樣子的流程，所以可能這個案子是需要重新思考，能不能拿回去重新思考一下？我覺得說很多的 paper work，講真的交班，另外一個醫師不是看 paper work 就敢直接做？他還是要重新來過，所以說交班的部分很可能是需要再思考一下，這個案子因為是全新的計畫，而且是嘗試要做，所以我們還是務實一點。現在綜整，我想蘇醫師是醫院的身障的專家，然後黃教授也是身障的專家，有點出這個案子的重心，很可能跟現在提 proposal 是有距離的，是需要 revise。所以我想今天就不往下討論，包括這裡設計的 P 碼，其實我們也都不太贊成，因為以現在的家醫計畫、台大的星月計畫也好，也都跟這個不一樣。因為診所到醫院都可以申報費用。現在的差異是在於對這個病人的了解，對病人的了解是所有醫師的職責吧？這就是統合照護了嗎？但對這類病人是需要了解更多，所以給付的比較多，這也是公平，請理事長。

王棟源代表

主席，因為我們剛才已經通過特照的部分，建議是不是可以先行通過？

主席

通過。

王棟源代表

然後重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網我們再拿回去檢討，下一次臨時會再來報告。

主席

好，前面就通過了，「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」先保留，好，我們這案就到這裡，下一案。

討論事項第三案(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

下一案請大家看平板是序號 5 號，書面資料看右上角抽換 1091208 牙醫門診總額 109 年第 1 次臨時會議補充資料-2 討論事項第 6 案，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。

主席

現在是 4:51，各位代表我們現在是把第 6 案看過嗎？是嘛，我們先初步交換意見。

醫務管理組陳依婕科長

這個項目請看本署說明 2，110 年牙醫門診總額有匡列專款預算 6 千

萬元，我先帶大家簡單看一下計畫內容，在補充資料的討 6-3，這個方案主要是針對 0~6 歲的兒童納入牙醫醫療照護，收案對象目前施行的區域是針對桃園、新竹縣、市及苗栗，總共有四個示範縣市，預算來源是專款的 6,000 萬元，收案對象就是未滿 6 歲的兒童，未滿 6 歲的兒童在一開始會經過牙醫師的初診診察，來分這些兒童是屬於高風險、中風險或是低風險，初診診察費訂有 635 點。討 6-6 頁，如果確定是高風險或中風險個案，接下來會有初診治療的費用 1,000 點，複診的治療費用都是訂 1,000 點，最後方案訂有品質獎勵相關規範，無論是中風險或高風險，都是訂 1,500 點，不過獎勵的標準不一樣，中風險的兒童有制訂再發生齲齒填補顆數少於 2 顆(含)以下，可以獲得 1,500 點的獎勵，高風險的話是再發生齲齒填補顆數少於 3 顆(含)以下，可以獲得 1,500 點的獎勵。針對這個方案，從討 6-3 頁看下來，首先是年度執行目標的部分，牙全會有寫中風險、高風險的初診治療服務人次以 9,600 人次為執行目標。本署的意見是除了照護人次為執行目標外，為評估照護品質，建議增訂品質相關的評估指標。

主席

我們先不要逐條，我們先對本案整體討論一下，這是架構的問題，等到大家整體都同意，細節再決定。首先有幾件事情，第一個就是 0~6

歲的孩子需要特別照顧是本案的精神，那一種 0~6 歲的孩子需要特別照顧？本案的精神說有高風險、中風險、低風險，各位先看，高風險是在 6-4 頁，符合下列任一項就移入高風險，光看第 1 項，媽媽或照顧者或兒童的兄弟姊妹有齲齒就是高風險族群，所以全台 0~6 歲的孩子都可能是高風險？這沒辦法接受，光是第 1 題就很困惑，你說我們現在生小孩的媽媽，口腔內沒有齲齒，機率高不高？兄弟姊妹沒有齲齒？所以每個人都是高風險，合理嗎？大家再看看，往下就是看是否中低收入戶，用餐時間、是否含著奶瓶睡覺等等，中風險就不用講，是高風險就不會是中風險，所以這種收案條件就有問題，先說到這裡就好。接下來計畫提到很多的 P 碼。第一個納入收案對象之後，就要有一個初診的診察，整體去評估，數一數有多少齲齒？然後確認口腔的狀態，就等於做了一個風險評估，就是有一大堆 paper work 點一點就有 635 點，看起來是這樣，接下來的重點 6-6 頁初診治療、複診治療，每 90 天申報 1 次，一年申報至少 3 次，3 次之後再看再發生齲齒的顆數，然後再給錢，精神上是這樣。剛剛收案對象分類就已經非常有問題的，接下來就是說初診診察你要做什麼呢？後面就是要填一大堆表，就是 survey 的這些孩子口腔情形 635 點，之後初診治療，重點是初診治療在資料 6-6 頁有特別說不可以同時併報部分代碼，其實都是原本有代碼的，所以在這個 stage 的

所做的事情都是有碼，這些本來就在給付範圍，沒有要用專款，就在一般服務的 base 了，初診是如此，複診依然如此，所以我們多出來的就是第一段的初診診察，就是做整個做初診的檢查評分，理論上如果你是對初診病人，本來也都要做整體評估，這種中、高風險的病人是不是評估更深入一點，比我們一般的診察費再高一點，也許可以接受，因為要有更完整的評估，所以這個請思考一下。再來就是，計畫設計有一個概念，就是 pay for performance 的，如果完整給病人很周延的照護，經過一年之後，他理論上蛀牙的機率應該是小一些，可是重點來了，再發生齲齒顆數小於兩顆以下，我們不知道他原來缺失幾顆？如果原來你收案的時候他就齲齒 10 顆，你意思要說他再發生 2 顆是那 10 顆以外的另外 2 顆，是這樣嗎？還是原來的蛀牙再蛀牙？所以這個要寫清楚，另試著想一想 2 顆跟 3 顆是多還是少？因為現況你不理他，假設現在已經蛀牙 10 顆了，再多蛀 2 顆，就認為要給他 1500 點，那你怎麼知道那 2 顆你沒有做這個計畫，他也會只蛀 2 顆，因為才一年，就是說都不要做什麼治療，搞不好他也多蛀兩顆，做了治療，他也再蛀兩個，也認為要再給 1500 點？可是這有實證嗎？因果關係有建立嗎？不理解這樣的 pay for performance，所以這個是要再 concern，再來最後在 6-13 頁第八項(五)，敘明如有相關情事，就不得申報本計畫診療項目，那病人怎麼辦？病人不

能再做這個計畫，再換一家就可以了；醫生不能做，就不要做就好了。

林敬修代表

取消醫師的資格，跟牙特一樣。

主席

所以這個看起來好像對病人幫助沒有很大，就是試著想要去建立一個兒童的家庭醫師一樣，最後就把病人踢到另外一個診所的概念，所以也不是很理想，我們今天是初步交換意見，這是一個專款，理論上跟我們當時在討論牙周病一樣的概念，就說如果當中是已經在一般服務 base 裏面，我們就不能使用專款的概念，這裡確實有多重疊，你們去整體了解一下，初診要做的事情是現行支付標準沒有的，從新的項目去考量，假定都是有的，只是過去也許對這類病人牙醫師並沒有很周延的把每一項都做好，你現在有一個 guidance，告訴醫師怎麼治療對病人有好處，你也許可以這樣要求，這是好的，但是現在這些本來就在 base 裏面，不是 extra，卻還要另外金額來彌補這個錢，所以以上是本署對本案的初步意見，細節今天就不再唸，不曉得全聯會這邊，本案的那一位推動的醫師可以回應？

林敬修代表

主席、各位委員大家好，我再說明一下剛剛提到講說風險評估，這個

主要是在 VTA 的風險評估，這些項目他是有實證說這些項目的小孩子蛀牙風險會比較高，當然我們臺灣的蛀牙狀況 0-6 歲的小孩大概 60%左右都有蛀牙，跟國外蛀牙比例當然不能相比，所以用別人的標準對我們來說好像很容易進到這個蛀牙裡面，另外署這邊有講說希望用臨床的疾病，我們看到我們的高風險臨床的疾病就是齲齒前的白斑，初期的蛀牙，明顯的蛀洞 4 跟 5 明顯已經有發生，前面幾項剛剛主席有講說他的照顧者跟他的兄弟有蛀牙，因為一個小朋友剛進來，可能剛長牙，我們不曉得以後會不會容易蛀牙，所以用他的兄弟姊妹跟他的父母來評估說這個小孩子以後的蛀牙風險高不高？所以這個是風險評估的部分。另外講到診察費的部分，這個跟我們一般的初診診察有點像，費用也是比照初診診察 635 點，可是我們的初診診察主要是照 X 光片，6 歲以下的小孩子一般比較不會去照 X 光片，以前在做初診診察的小孩子會比較少，的確是我們用很多文書的作業、口腔的檢查，很多評估的表格來完成這個小孩子的初診，當然這以前也沒有在做，以前 X 光片做在小孩子初診是比較少去發生。另外講的初診治療的部分，主要項目以前是有，可是以前的密度沒有像這麼高，現在因為是評估高風險、中風險才治療，所以說有一些項目是半年做一次的，現在是希望高風險 2 個月做一次，然後中風險是 3 個月做一次，所以是密度增加，會增加費用的部分。剛剛有

提說為什麼品質的部分高風險是整個治療完以後齲齒多 3 顆，中風險是多 2 顆，因為我們臺灣的小孩 0-6 歲平均嘴巴蛀牙大概 5 顆以上，當初我們抓中間的部分，用 2 顆跟 3 顆，而且是從他完整治療要一年左右的時間，0-6 歲容易產生蛀牙是 2 歲到 3 歲，中間一年內產生 2-3 顆的蛀牙，算起來高風險的應該有超過這麼多。退場機制，我們這邊署說退場排除治療個案 12 件以下這個部分認為寬鬆，我們當初估的是因為有本計畫治療的醫師一個月如果做 1 件以上的話，一年就會超過 12 件，治療太少的話就沒有統計的意義，剛剛說如果這個醫師把這個小孩子收到個案裡面，像家庭醫師一樣定期的照顧，結果照顧的病人很多都沒有辦法持續 3 個月來做後續的治療，表示這個醫師的品質不好所以完成率沒有達到三分之一以上，不希望這個醫師在這個治療的合格名單裡面，這個計畫裡面醫師取得資格要先受過課程的訓練，有資格限定，不是每一個醫師都可以做，以上做說明。

主席

其實因為整個專案算起來整個錢都要用這個專款，而且話說回來只有 4 縣市，新竹、桃園、苗栗 4 個縣市試辦，也不一定每一家診所都可以試辦，也不代表說桃園、新竹、苗栗的孩子都會收案，只有 9600 人是很少，就要用掉 6,000 萬，那全國的孩子那麼多，合理嗎？

林敬修代表

可是當初在健保會的協議就是要試辦。

主席

可是我們真正談這個東西我們要值得，對不對？我們不是有錢就亂花，而且試辦範圍那麼小，因為當時在健保會也沒有說清楚，也沒有那麼 detail，所以本案我們是非常非常保留的，就是真的需要再溝通。

林敬修代表

我們評估北區小孩子的量跟執行的比率大概可以執行到 9,600 個，如果擴充到全國的話可能就會超過這個量太多了。

主席

你知道 0-6 歲的孩子桃園市有 15 萬人，新竹縣有 41,000 人，苗栗有 27,000 人，新竹市有 30,000 人，本案只收 9,600 人，這才是冰山一角，就要 6000 萬，如果全國的孩子 0-6 歲都要這樣做，這又是一個天坑，值得嗎？是值得這樣做嗎？這個是有談到什麼樣價值的服務嗎？我不太理解，你要去試著想一想孩子得到什麼？而且我剛剛有講一個很重要的一點，一個已經 6 顆蛀牙的人，他再一年之後會不會再多 1 顆蛀牙或 2 顆蛀牙，也許本來你沒做什麼他也會再多 1、2 顆，結果多 2 顆蛀牙你就說做的真好再給 1500，那蛀牙就只會

越來越多而已，1年2顆，第2年再2顆，都是做的很好，蛀牙有減少嗎？比較的基準在哪裡？

林敬修代表

我們在統計 2-3 這個小孩子蛀牙率突然就變高了，我們有那邊的統計。

主席

因為這是 0-6 歲，所以這個案子確實是欠思考，而且我們要做有意義而不是做勞民傷財的事情，錢要花在刀口上而不是做表面功夫，而且規模如此之小，孩子如此之多，對不對？而且你的門檻如此之低，幾乎每個人放到你這個計畫的話全部都是高風險，還有那個是低風險？對不對？所以我覺得沒有辦法完全接受你的案子，所以可能後續我們兩邊再討論看看？因為這個概念沒有不好，只是要如何做比較好？這件事情是需要再考慮，我們今天也沒有打算要花太久的時間，但是把我們的看法跟你們分享，我們是不是還有下一次機會再討論，也許你們也回去再思考一下，不是為了把錢花掉的目的去做這件事情，協商是一回事，協商完之後我們還是要把錢用在有意義的地方，如果有意義，這個協商錢要花就值得，但是不是因為拿到 6,000 萬就想辦法隨便把他花掉，然後用很小的規模花掉這麼多錢，如果這樣子的話每個縣市都說也要參加這個試辦計畫的話，我

相信我們也沒有這麼無窮無盡的經費做這些本來就應該在做的事情，好不好？

徐邦賢代表

謝謝主席給我們一些概念上的溝通，其實這個計畫當初我們在設計的時候我們也是在尋找一個 model，這個 model 要怎麼樣去照顧這一群所謂的高風險？剛才我也回應一下，其實如果我們評估指標其實是按照我們參考的 model，如果我們沒有提供這樣的照顧，即使用一般我們現在申請的支付標準來講，他的蛀牙數絕對比我們的計畫顆數還要高，讓這些小孩子進來照護以後至少蛀牙比較低，我不敢保證完全 100%，但是這個我想還可以再做一些思考跟討論，為什麼會挑到我們的北區？是因為我們查各區 0-6 歲裡面成長率增加只有在這個區，其他區都是往下降。

主席

其他區的搞不好蛀牙更嚴重，而且北區還是高所得的家庭，高所得的家庭應該對孩子的照顧還比較重視。

徐邦賢代表

這些都應該回去做討論，也謝謝主席告訴我們署方這邊的意見，我想我們重新再做方向的校正，謝謝。

主席

現在是 5 點 12 分，我想我們今天也只能討論到這裡，不過有 2 個計畫我們都有回饋意見，希望重新思考，今天就先開到這裡，12 月 23 號早上 9 點，如果方便的話你們有新的計畫送進來就 23 號之前趕快送進來，好不好？好，謝謝，今天就開到這裡，謝謝大家，謝謝。