

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額  
109年第2次臨時研商議事會議紀錄

時間：109年12月23日9時整

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：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 | 劉經文(代) |
| 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 | (請假) | 鄭代表信忠 | (請假)   |
| 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 | 林鎰麟  | 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 | (請假)   |
| 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

楊文甫、連新傑、許家禎、  
潘佩筠、柯懿娟、邵格蘊、  
施奕含

中華民國藥師公會全聯會

洪鈺婷

台灣醫院協會

曹祐豪、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、劉惠珠

本署醫審及藥材組

高幸蓓、曾玟富、張如薰、

高浩軒、蔡雅安

本署違規查處室

陳怡蓓

本署資訊組

龐君豫、李冠毅

本署企劃組

羅偉倫、林佩萱

本署醫務管理組

劉林義、蔡翠珍、韓佩軒、

張作貞、洪于淇、陳依婕、

林右鈞、楊秀文、呂姿曄、

宋兆喻、李佩純、蔡孟芸

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、臨時提案

單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

(以下簡稱牙全會)

案由：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。

決定：

- 一. 通過 110 年牙醫門診加強感染管制實施方案 - 全面訪查架構 (附件 2)。
- 二. 本方案實施方式增列書面評核方式，109 年未實地訪查院所，應循 VPN 牙醫院所感染管制書面評核登錄系統，於 110 年 3 月底前完成書面評核資料之送件。

- 三. 110 年書面評核不合格者，應全面進行實地訪查，並於 110 年 6 月底前完成。
- 四. 院所經書面評核審查合格者，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務，並於 110 年 12 月底前完成書面評核資料之送件，書面評核不合格者應於 110 年 12 月底前全面進行實地訪查。
- 五. 社區醫療站、矯正機關等外展地點，比照院所之審查方式；巡迴點(如學校、活動中心、照護機構…等)，硬體部分資料只須檢送一次，而軟體部分則依醫師別分別檢送資料。
- 六. 醫事機構如須申請健保新特約，須檢附書面評核資料，合格方予特約；不合格者，應於 1 個月內實地訪評，合格始予特約。另書面評核合格者，未來仍將列為優先實地抽查之對象。
- 七. 本方案依前開決議修訂後依程序辦理後續事宜，並追溯自 110 年 1 月 1 日生效。
- 八. 110 年以完成所有院所及牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務地點接受書面評核或實地訪查為目標，111 年回復例行隨機實地訪查。
- 九. 有關 VPN 牙醫院所感染管制書面評核登錄系統上傳作業，請牙全會與本署醫審及藥材組、資訊組共同研議。
- 十. 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)自 110 年 7 月 1 日起停止適用，另案討論。
- 十一. 有關醫院評鑑內容已包含牙醫感染管制部分，是否可取代本方案之實地訪查作業，請衛生福利部心理及口腔健康司表示意見。
- 十二. 為保障民眾權益，符合感染管制之非健保特約院所，是否提供識別標章一節，請衛生福利部心理及口腔健康司研議其可行性。

## 參、討論事項

### 第一案(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：本案通過，修訂重點如下：

- 一. 施行地區由雲林縣及嘉義市修正為六都以外之縣市。
- 二. 比照全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案新增延續服務條文：「原 109 年執行本計畫者，若施行地區符合 110 年度本計畫公告之施行地區者，其施行日期追溯至 110 年 1 月 1 日起，至 110 年度本計畫公告實施之次月底止。」
- 三. 修訂附件四全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表之備註二、三、四。

## 第二案(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：本案通過，修訂重點如下：

- 一. 調升執行目標：執業計畫「服務總天數」調高為 6,000 天，巡迴計畫「服務總天數」調高為 10,000 天、「總服務人次」調高為 110,000 人次。
- 二. 18:00 後之巡迴醫療服務視為夜診，以假日論次支付點數計算論次費用。
- 三. 一至二級地區每天巡迴醫療服務時數經牙醫全聯會及保險人審查通過者，得由 6 小時延長至 9 小時，並請牙醫全聯會會後提供審查標準，試行一年後滾動檢討修正；另三、四級地區每天服務時數第 7 小時後經牙醫全聯會及保險人審查通過仍以原地區級數論次點數支付者，亦請牙醫全聯會會後提供審查標準，以利修訂條文。
- 四. 執業計畫：施行地區刪除嘉義縣番路鄉、新竹縣北埔鄉；新增雲林縣二崙鄉、高雄市內門區、台東縣卑南鄉、雲林縣四湖鄉、花蓮縣富里鄉。
- 五. 巡迴計畫：
  - (一) 新增「巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先」之規定。
  - (二) 巡迴醫療時段、地點及服務醫師異動表如未依限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
  - (三) 施行地區新增「屏東縣高樹鄉(新南村)、林邊鄉(崎峰村)

及恆春鎮(水泉里)」，惟請牙醫全聯會協調由醫療團中當地牙醫院所提供牙醫巡迴服務。

### 第三案(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：本案通過，修訂重點如下：

- 一. 預算來源，自 110 年牙醫門診總額一般服務項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。
- 二. 實施對象為當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同當月已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於件開基層診所之牙醫師。
- 三. 獎勵方式，每月在 50 萬點(含)以下之點數，加計之成數由「4%」修訂為「5%」。
- 四. 不納入加計點數計算之案件，增列行政協助門診戒菸案件(案件分類 B7)。
- 五. 基層診所有下列情形者不予核發之條件增列第(六)點，未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(下稱牙特)之院所內服務者：當季該院所未申報院所內牙特案件者。

### 第四案(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：本案通過，相關審查注意事項附件之相關內容予以保留。另請牙全會後續修訂「二十項指標」時，因審查注意事項之附件內容涉及貴會訂定之「二十項指標」，應比照內容，以避免指標修訂時不同步之情事，導致分區管理疑義。

**第五案(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。**

**第六案(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。**

**第七案(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：計畫第九點重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網試  
辦計畫因時間因素，保留至下次會議討論。**

**第八案(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。**

**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：因牙全會無共識，請牙全會凝聚共識後來函辦理後續 RAP 檢  
核程式修正事宜。**

**伍、臨時動議**

**提案單位：牙全會**

**案由：有關中華民國醫院牙科協會(下稱醫院牙科協會)建議該會「全  
民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」代表席次**

增列 2 名一節，請惠示意見。

決議：同意牙全會建議，維持醫院牙科協會席次(2 名)，惟可視會議議程需要增加醫院牙科協會列席名額，爰不修訂。

陸、散會：下午 13 時 18 分。

柒、與會人員發言摘要詳附件 1。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額  
109 年第 2 次臨時研商議事會議與會人員發言摘要

主席

理事長、各位代表、醫管組同仁、分區業務組的同仁、大家早安，我們的會議難得早上開，辛苦大家遠道而來，花一點時間跟理事長做會前溝通，所以用掉一些時間，真的非常的抱歉，現在會議正式開始。今天是今年的第 2 次臨時會，也是今年的最後 1 次會議，在開會之前預祝大家聖誕快樂，新年快樂。今天有一些議程是上次會議留下來的，但是有更重要的是今天桌上第 1 份我們要討論的就是感控，感控明年是一件比較大的事情，我們已經在上次的會議取得共識是要做到 100% 的審查，但是實地審沒有辦法做到，就改成書面審，但是書面審這是我們第 1 次做，所以有很多的 SOP 是需要建立的，因為要送審的院所不知道如何送？送什麼？而且送的資料內容真的可以讓審查醫師審查，確定是否符合感控，其中涉及很多專業，試想您如果是要送審的診所，要如何送審？照片、影片格式、內容、標註事項？影音時間長度？這些規格都很重要，因為院所要送審就是需要這些內容，這些都是環環相扣，而且送來之後要讓審查醫師用最少的時間去做這麼大量的審查，一定是資料要 ready，所以這些都不是非常簡單的事情，再來，書面審的審查醫師也要有審查的一致性，要如何審大家才公平，這件事情也是很重要的，所以是一件大事，因為



牽涉公平性。上次會議的共識就是要做到 100% 的感控，就是讓我們臺灣的牙醫診所全部 upgrade，感控全部都到位，這是一個很大的前進，我們要一起努力克服這半年的辛苦。各位會辛苦，我們分區業務組也會辛苦，但是我們已經有一個共識就是 6 月底前要完成，所以也有時間的壓力，所以真的我們要一條心的把這件事情做好是因為我們要共同把牙醫感控的水平提高，所以在這裡首先代表本署感謝大家對這件事情的全力以赴，特別理事長的全力支持，真的非常感謝。今天首要討論之議案就是要如何把感控做好，所以會先在各位桌上應該是有一個臨時提案，等會我們會先討論感控案，在討論之前不曉得理事長這邊有沒有還要跟我們說什麼？

### **王棟源代表**

主席、各位委員大家好，感控目前在明年 6 月就要完成，所以我們還是建議感控部分先討論，另剛才主席對於我們醫療網有一些疑慮，所以醫療網的部分可以延後做討論，如果今天沒辦法討論到之後再討論沒有關係，其他的就照之前沒有討論的順序繼續討論，謝謝。

### **主席**

謝謝理事長，接下來我們就從桌上這份臨時提案開始，請醫管組開始。

### **徐邦賢代表**

主席，有一位代理人今天出席，劉經文醫師，跟主席報告一下。

**主席**

劉經文醫師好久不見了，歡迎歸隊，謝謝你。我們請醫管組來說明這個臨時提案。

**臨時報告案：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」。**

**醫務管理組劉林義專門委員**

說明臨 1-4 頁訪查架構草案。

**主席**

這個架構是草案，所以是提請今天討論，這不是最後定案，草案方向確定之後，方案的修訂對照表的文字就照改。剛剛林義專委已經把這張都講完，不過也許還有漏掉的或是不足的，或者是現在這個草案你覺得不適當的，都可以提出來改，因為在座很多都是理事長、主委、各縣市代表都有，分區業務組也在這邊，如果大家覺得哪個地方不適當的這個時候就提出來充份的討論。好，我們就開放大家提意見，來，請陳主委亮光。

**陳亮光代表**

我要詢問一下，我們原來是有每一年要 6-8%實地訪查的量，然後現在如果改成書面審查合格，那就是合格了，還要不要放進去 6-8%抽查？

**主席**

以後 6-8%隨機抽審還是在，這裡漏掉寫。

**陳亮光代表**

還是在，但是我沒有看到說合格完之後需不需要做實地審查的動作？

**主席**

這一次是全審，以後的隨機抽審概念是確定有沒有持續在做，因為院所已經會做感控，而且是能做感控，但是感控是要持續做，所以以後的隨機抽審是定義在是不是大家有持續做正確之感控。

**陳亮光代表**

所以意思就是說被實地訪查過的診所還可能會被隨機抽審，如果是立意隨機的話，所以我們要跟會員醫師很清楚講這個概念。

**主席**

其實我們希望的是持續都要維持在符合感控水平，而 6-8%隨機抽審漏掉了就麻煩補上去，再來請簡醫師。

**簡志成代表**

這裡今天針對書審的話就是排除 109 年已經實地訪查的院所，在外展會有一個問題，可能定義上要麻煩大家確認，外展這個點譬如有 5 位醫生去，有 5 個院所，大概已經被訪了一個，算是被訪過還是沒被訪過？因為同一個地方 5 位醫師算是 5 個機構代號，今年已經去

抽查過了，不是每個醫生都去抽查，這個點算是抽查過了還是沒抽查過？這個定義上可能要麻煩一下，我們現在看的是按照醫事機構代號去分，可是這個點應該不會為了這樣要去看 5 次，這個定義可能就麻煩確認一下外展的地方。

## 主席

好，外展在草案沒有寫到，等一下醫管組一起回應，來，林理事長。

## 林鎰麟代表

不好意思我代表醫缺小組發言，這個部分看這個流程圖，書面審查這個部分也包括外展點，可是事實上其實今年的這個學校外展點服務已經都結束了，要交報告了，我覺得大家討論已經到細節，是不是回來這個架構，要交的內容是什麼？那照片照的東西是什麼？假設外展點要照的是環境的話會遇到一個困難，假設學校離我們花蓮市的車程有 3 個鐘頭，當然你可以委託校護幫你照，問題是那個時間點抓在 1 月底對於外展的醫生來說是完全不可能，而且我以花蓮為例，有的醫生要去超過 10 個點，光為了做這個作業，要這樣舟車勞頓，這個事情時間點如果壓在這邊，我們是完全沒有辦法百分之百配合，然後要照的東西是什麼？比如說內容跟上面寫這個照片檔案應有下面的資訊，我們是看到臨 1-2 頁，若是影片需要有院所代號，院所名稱，那可能需要後製？。

**主席**

不是，也不要後製。

**林鎰麟代表**

那就變成說作業方式要講清楚，我覺得這是一個很麻煩的事情，回到這個第 1 點檔案格式要電子送審，事實上目前很多院所送審不是電子，是書面的，所以是不是能夠保留這個書面的存在？至少在我們東區，正義代表也有來，我也是代表東區這邊做發言，寫的這些內容也許在某些區域並不是那麼容易達到的情況，這件事情需要考慮到外展服務醫缺的部分，因為明年要去也要等學校開學以後，明年的開學是 2 月中以後，去服務的時候要跟校護約時間，1 月的時間實際上對我們是有壓力的。

**主席**

沒錯，很好，漏掉外展的部分，外展不應該跟院所標準一樣，等一下醫管組一併回應，來，請翁醫師。

**翁德育代表**

先就這個架構提出來一些方式讓大家去討論，我們全面訪查的架構針對 110 年，第 1 個裡面的架構實地訪評的院所，真正講是自 109 年開始已經實地訪評的院所，有可能包含 110 年。

**主席**

是 109 年已經為同一個事由去訪查的這些院所。

**翁德育代表**

第 2 個書面審查的對象，書面審查的對象自 109 年未被實地訪評的院所，第 3 個我覺得現在是把未申報的院所，是沒有在這個訪查跟書面審查的規範裡面，未申報院所要等到 110 年 7 月才有這個規範，我們在健保會的協商裡面有未申報的院所是一定要全面訪查，他是沒有寫在這個裡面，未申報的要一律全面訪查，這個架構沒有寫在裡面，全面輔導沒有訪查啊！

**主席**

全面輔導，輔導不就是要讓它做好？

**翁德育代表**

訪查跟輔導不一樣，訪查有公信力，輔導沒有公信力啊！我們也沒有公權力啊！

**主席**

輔導目的是什麼？就是要讓院所訪查合格不是嗎？

**翁德育代表**

我的意思是說未申報感控院所沒有落入一定全面訪查這個架構裡面。

**主席**

你是說我們這份草案嗎，那就把他列入為全面輔導及訪查。

**翁德育代表**

備註在新特約規範有 2 個，新特約我們現在寫的應於受理前申請後 30 天內完成審查，審查大概只能書面審查，實地訪查不可能，因為沒有病可以看，他還沒有開診。

**主席**

院所應該新特約說不定已經先開診了，不一定特約才開診。

**翁德育代表**

沒有特約之前可以申報費用嗎？

**主席**

不可以啊！當然，但是感控有沒有 ready？

**翁德育代表**

我們在申請後 30 天內完成審查，這個審查是書面審查而已吧！

**主席**

這邊還有提到必要時得延長，如果書面審查不合格就要去現場看感控有沒有合格。

**翁德育代表**

建議說 30 天內是完成書面審查，必要延長 30 天也是可以，最後一個就是說希望新特約一律實地訪查，實地訪查時間當然比較長，半年內完成就可以。

**主席**

要跟這些通通寫在一起嗎？

**翁德育代表**

我們現在寫的就是 110 年全面訪查的架構，新特約裡面它如果沒有落到，將來可能會落到書審，書審已經有規範，但是不一定會落到實地審查，我們抽樣 6%-8%，意思就是說新特約的院所應該是要全面訪查才可以，我們的意思是這樣子，現在這個架構裡面我們看不出來，精神裡面看起來是沒有這一段。

**主席**

好，翁醫師是針對新特約院所，現在已經有 3 個問題，這個等會請醫管組回應，好，還有沒有漏掉的部分？來，謝醫師。

**謝偉明代表**

這個架構裡面提到書面審查分成合格跟不合格，在這邊建議是說有些可能只是在文件上面的不足，是不是有補件的方式？而不是直接變成不合格，可能還是要稍微設計一下。剛剛翁代表提到就是，沒有申報的院所由牙全會全面輔導，我現在是說全面輔導他們提出書面審查的資料，如果說 1 月之前沒有送的話，我們就優先實地訪查，讓他們有壓力，不然我們輔導半天其實他們不見得那麼主動願意配合，是否請他們在 1 月前就送審，如果沒有送的話，我們就優先先



去啟動訪查，以上。

**主席**

也是很好的建議，來，吳醫師。

**吳迪代表**

先回到 109 年度的架構來看，還是要談一下現在執行的狀況。今天會有牙全會全面輔導這件事情，應該是今年度署方這邊認為我們應該全面輔導，實際上看實施方案條文裡面，今年度有很落實全面訪查未申報院所的文字，那麼現在執行狀況是這個樣子，前 2 次的會議部分得到各業務組同意，實際上跟各位報告，各分區除了臺北業務組以外，都快要完成或已經完成未申報院所訪查，臺北區這邊 1 家都沒有訪查，但我們分會出勤表都已經排定下去了。

**主席**

臺北區盧醫師。

**吳迪代表**

業務組是不是對這部分有認知的落差？因為我們全面輔導是這個樣子，到年度訪查期間之前我們努力去把未申報的院所輔導成合乎感管規格進到符合申報感染管制所這群體裡面去，如果不行，109 年度始終不配合，希望業務組跟我們一同去，有公信力的狀況去訪視，為何到現在一直沒有執行這件事情，我是覺得很納悶，我記得 11 月底

那次開會要全力配合這件事情，然後現在狀況是什麼樣子，我現在提到問題就是我們其實本來就是希望經過先由輔導未申報的院所，然後等到要抽查訪視這階段若是不配合，就要全面去訪查，我想 110 年度的概念也是這個樣子，你輔導他加入這個申報的方案，如果不行就一定要去看，對院所有一定程度震懾力，這是最重要的一個點，所以 109 年度到現在有執行的計畫還沒有執行完，我想 110 年度勢必要把這樣的觀念帶進去，不能只有牙全會全面輔導這件事情，實際上現在看到未申報院所訪視有看到一些現象，比方說有些院所根本就沒有在開診。現在特約院所續約這件事情，這些院所是不是署方需要的院所？沒有經過這次訪查處理，我們怎麼會知道沒有開診這種事情，我們也看到有些院所因為疫情醫師留在國外以致無法開診，這個當然是另外一件事情，的確有院所沒有開診，所以他不可能配合我們，我們也不可能去輔導他們，這個部分我們提到的方案 109 年度我們要走完，才能得到資訊統計一下這些不願意加入方案的院所到底是什麼情形？能不能出具一些理由就是不想配合，甚至我們也有訪視院所後院所就解約就不做了，原則上我們應該把這些抓出來，我們希望把全部院所都進到這個規格標準去，現在如果只盯著進去方案的院所，在 109 年方案裡面就不是這個本意，我們要先把全部未申報的院所趕到這規格標準裡面去，之後才能一起將規範訂

得更嚴謹，我想這樣的想法，謝謝。

## 主席

謝謝吳醫師，他又點出來可以再 double confirm，請徐醫師。

## 徐邦賢代表

最主要對於書面審查繳交的資料時間點可能是不是有再商榷之議，第 2 個是，如果 110 年 6 月底要全面評審完畢，有一個概念是現在目前為止所有的審查醫師並不等於可以去審查 SOP 的醫師，因為這 2 個沒有辦法畫等號，這一方面詳細狀況請感管的負責人把詳細的狀況做個說明。

## 主席

好，楊顧問。

## 楊文甫醫師

主席、各位代表，我跟大家說明一下最近感管的情況，其實剛剛一直在說 109 年的訪查結果，事實上有關於已經有申報費用的院所，複查合格率各區都已經 100%，所以在這邊跟主席報告一下，這一點牙全會這邊是已經有心做到的部分，至於沒有做到的各區也都有回報，少數不配合的院所大概也都已經把名單送給業務組，另外高屏主要有幾家沒有申報也連絡不到的院所，就是剛剛有些疫情滯留國外，本身就申請歇業，未申報費用的家數各區都有在處理，除了臺北數

字還沒有出來，因為家數比較多有 140 家。

**主席**

都在講臺北。

**楊文甫醫師**

我們也清楚，我本身也是臺北分區出來的，他們還在統計中，像東區他也只剩 1 家所以本身已經訪視，不合格已經轉地方衛生局，以上是 109 年的結果。至於剛剛我們主委提到的時間點，我想這個有一個東西要考慮到的是，我們的送審資料到底多少，然後剛剛有看到署建議統一用電子格式上傳，但是就我了解目前使用電子病歷審的院所只有 40%，也就是說其實我們還有 60%的院所都還沒有進來，所以如果突然在 1、2 個月內，尤其是 1 月底的話要讓所有院所熟悉格式拍照要上傳，這個時間點可能我們要討論一下，要不然就是我們送審的資料要併存或者是說我們書面資料送審資料要減少，因為這個東西我知道署有跟我們要，我們也有準備，但是因為我們本來的想法是不希望在這個會議上去討論書面審查資料的細節，因為怕說在這邊討論浪費大家時間，萬一討論完有定案將來實際執行有什麼窒礙，然後重新檢討又要回到這個會上來，看看能不能比照類似治療指引，我們內部討論好後然後送署報備就可以，以上。

**主席**

謝謝顧問，盧理事長已經被 2 個人點名了，請盧理事長一定要發言。

### **盧彥丞代表**

跟主席及各位代表報告一下，140 幾家是因為臺北分區診所數量本來就是全臺最多，大約 3-4 成左右都設立在臺北分區，再來是當初審查是已有申報感控費院所為主，未申報院所也是主要的裁量對象，那至於為什麼在 1 個月內要完成 140 幾家有 2 個困難點是，因為有很多在金門的診所都未申報，我們還得要去金門查核，人力應該如何搭配？第 2 個問題就是年底審查醫師要審案件，如果沒將案件複審完成，就無法準確的發放健保費用，本來審查醫師就已經有既定的工作要執行，而今年度審查 6%-7%的家數也大約等同 140 幾家，接著最大的問題是未申報的診所在簽約時就不申請感控項目，所以審查醫師要過去審查的時候，需借助業務單位的公權力才有辦法執行此項業務，如果直接由審查分會發文，他們不見得會理會，所以我們才希望說臺北分區業務組能夠配合發文，這樣我們到現場就能夠出示公文，讓他們同意我們進去看，否則如果診所拒絕，我們也無法進去查核，再來就是希望業務單位可以陪同，畢竟那些單位不是跟我們簽約，而是跟業務組特約，以上就是目前臺北分會遇到的困難。

### **主席**

針對草案架構還有沒有問題要提出的？好，暫且就停在這裡，很顯

然剛剛提的每件事情都要再討論、確認。首先，剛剛翁醫師提到架構圖最源頭這欄「109 年底已經申報診察費之特約牙醫院所(含 110 年新特約院所)」接下去劃分為 2 塊，分別為「已實施訪評之院所」及「書面審查」說明的不清楚，需將「已實施訪評之院所」改成「109 年已實施加強感控訪評的院所」，只限定在 109 年，之前隨機訪查的都不屬於「加強感控訪評的院所」，下面部分就改成「109 年未實施感控訪評的院所用書面審查」，那這 2 部分就這依翁醫師的意見修改，接著漏掉的部分，就請大家一個一個填補上去。第 1 個就是南區代表陳亮光醫師所說，不管是實地訪評或書面訪評後合格者，以後還要有接受審查嗎？針對這問題，架構圖內確實沒有說明清楚，就是訪評後合格者以後就是回復到每年的隨機抽審，所以不代表現在實地訪評的院所，以後就不會被抽審，這是確定的，請問各位代表這項有沒有意見？可以，就直接將這個概念補進去。第 2 個是東區代表林鎰麟醫師所提的幾項，我也覺得有道理：第 1—「外展」這部分沒有特別提到、第 2—外展的時間不可以、第 3—外展的書面如何送？好，請醫管組先回應。

### **醫務管理組劉林義專委**

請各位代表看這份資料的最後一頁(臨 1-36)，就是外展 SOP 考評表，這份考評表確實相較一般院所的考評表簡單，上次在講外展的部分

就有討論過了，到底是醫師還是地點？這張表設計就包含醫師姓名及提供醫療服務地點。至於各位代表說是同一個地點、不同醫師，考評表內本來就區分軟體跟硬體，那就看牙全會是不是覺得(硬體的部分)針對同一個地點，只要核對一個地方就可以？而至於醫師的部分還是需要各別來報？這是有關外展的部分。

**主席**

針對外展的部分，林醫師剛剛提到一個重點，就是如果為了提供書面，需要花費很多時間，這點確實是不經濟實惠，是不是可以時間不要限定在 1 月底？我認為這點是可以同意的，也就是外展點審查的時間，可以訂另一個時間，那就請大家一起來討論外展點合理的時間？因為這些件也是少數，可以不用在 1 月底前送件，但是所有的審查還是需要在 110 年 6 月底前完成。這張架構圖可以為了「外展」在另外延伸一條線是沒有問題的，所以請問各位代表覺得合理的時間？

**林鎰麟代表**

請問 6 月要完成，所指的是 6 月初還是 6 月底？

**主席**

6 月底。

**林鎰麟代表**

若是 6 月底完成的話，那可不可以送件時間訂 5 月底？有 1 個月的時間可以讓審查醫師審查。

**主席**

各位代表若覺得時間可以，我們就同意。

**林鎰麟代表**

坦白說，擔心的是有些地點可以過去外展的時間不是牙醫師可以決定的，是需要配合學校開放的時間，如果是訂在 2 月…。

**主席**

2 月學校就開學了。

**林鎰麟代表**

對，可是學校不會 2 月開學就讓我們進去，就好比今年開學，直到 10 月或是 11 月才有第 1 次。比較擔心的是外展的點若是醫師可以自行決定時間，當然就沒有問題，反之就會比較有問題。如果將送件時間提前到 4 月底，可是這段時間就無法前往，那該如何送件？

**主席**

你的建議呢？請告訴我，你的建議是什麼？

**林鎰麟代表**

享穆代表說是不是能以「年度」？

**主席**



請享穆代表。

### **吳享穆代表**

因為除了學校之外，還有醫療站有很多醫師在輪值，也就是 1 個醫師有可能半年以後才到某個醫療站，所以建議目前在討論的這件事情是針對院所，而至於院所外展的部分，能以「年度」方式辦理，也就是將 110 年度所有的件數全部寄來，將「外展」的部分往後延，這樣可能比較可行。

### **主席**

請簡醫師。

### **簡志成代表**

剛剛有提到「硬體」部分是可以接受審查一次，至於「軟體」的部分是不是可以認為院所本身審查為不合格者，針對該院所的外展單位，我們就進行現場審查，而針對審查為合格是不是可以以一個代表就可以，就像我們剛要成立的醫療站，有 14 位醫師，那不曉得每個醫師輪到的時間為何？

### **主席**

一定會超過 6 月底。

### **簡志成代表**

是不是可以一個醫療站有 1 個醫師代表就行，但是後面還是要綁，

因為硬體是可以接受 1 處，而軟體是醫師帶去的，因為院所本身就合格了，理論上帶過去的也應該是合格的，除非院所本身就不合格，帶過去就有可能不合格，就得另外考量。

## 主席

我們是不是可以協調，原則同意你們，也不要因此讓大家造假資料，我們的用意只是希望院所提供現場如何操作之照片，就好比剛剛簡醫師所說的本身院所就應該要通過，而沒通過的院所進行外展，大家也是沒有信心，依照這個邏輯，本身院所審查不合格的，是不是可以去外展？這是第一，接著第二就是要在 6 月底前完成審查，對外展送件時間不公平，所以同意外展以「年度」方式辦理，最後年底還是要送件，也就是院所本身就審查合格，才可以申請外展，而外展等醫師去了之後再送件，本署原則是信任院所已合格，就可以申請外展，而外展的送件時間就不限 6 月底前，改以「年度」內送件就可以，而院所本身就不合格者，就不可以申請外展，須等到院所本身改善完成，經審查合格後，才可以申請外展。就依簡醫師所說的邏輯辦理，但行政流程還是要進行，只是時間不限 6 月底，這樣是不是比較合理？

## 吳科屏代表

還有一個疑問就是診所審查合格了，因為診所都是審查負責醫師及

院所地點，但若是外展有好幾位醫師，如果那些醫師沒有開診，或是我們也沒審查到，針對這點想請教應如何處理？

**主席**

徐醫師。

**徐邦賢代表**

我跟副組長報告，基本上外展 SOP 考評表着重在機械消毒的步驟，所以不管院所內 1 個或幾個醫師，基本上從院所帶到外展點的東西，都是從同一個消毒系統出來的，理論上也都是合格的，所以這點我們比較不會擔心，而至於個別醫師的訓練是我們需要要求的，包括新特約院所及新的醫師進來這個服務體系，這點我們都會要求，到目前為止，我們都一直在討論外展的點，但即使我們今天有結論後，辦法擬定了之後，包括公告、還有審查醫師共識營，才有辦法審查這些案件，這樣一連串的作業，且時間也逼近農曆過年，時間很緊迫，對我們來說是 mission is impossible!

**主席**

只有 6 月底這時間不能動，其他時間都可以改。

**徐邦賢代表**

建議一般院所的書面審查至少在 3 月底，也不會擔誤到院所現在作業，因為院所為了要充分準備資料，有可能就不看病人，這樣就會影

響到病人就醫權利。且最近各地的會員大會陸續召開，也可以藉由這個機會跟所有的會員再做一次教學，而至於審查醫師的部分，請文甫醫師補充說明。

### **楊文甫醫師**

跟主席報告，我們內部討論這件事的時候，原本是計畫書面資料是在3月底前送件，再加上剛剛的討論，外展送件時間是年度，所以在過完年之後，我們會召開審查醫師共識營，教導審查醫師應如何審查，審查重點在哪裡，接著會在4-6月分完成所有的審查，以及針對有疑義的辦理現場訪查。

### **主席**

顯然剛剛徐主委及楊顧問都提出一個概念就是說，原本的草案是訂在1月底送件，時間過於倉促，而且大家也要過年，但審查時間不變的是需要在6月底前完成，所以如果改成3月底前送件，大家也覺得這時間可以完成，我們同意，因為你們要去跟會員溝通，所以是以你們覺得合理最重要，送件時間就訂在3月底前，如果有院所提前送件，你們就可以提前審查，所以鼓勵院所準備好了之後就提前送件，分散送件，另外，外展還有要補充的嗎？

### **醫務管理組劉林義專委**

外展現在分2個，1個是書審，書審過了之後還要實地審查，所以年

底前要完成全部的審查，所以書審時間勢必要提前。

**主席**

外展的部分前提是院所要先通過審查，最後對於外展的部分也是要送件，也就是醫師第 1 次去就要送件，但是如果不合格，年底前一定要完成實地訪查。

**醫務管理組劉林義專委**

所以書審才不能在年底前送件。

**主席**

就是外展的所有程序是在年底完成，也就是在當年的年度完成。

**簡志成代表**

另外今年已經訪過的點，這個點已經合格，是不是不用每個醫師都看？

**醫務管理組劉林義專委**

外展點的考評表就是醫師及外展地點。

**簡志成代表**

我知道，但這是造成負荷的問題，是不是需要看到那麼多？這是定義的問題，因為申報還是每個醫師申報，不同的醫師也不能用同一個代號申報，但是我們去看了之後認定的事實，這是可以討論的，因為這個院所今年已經去看過也合格，依照辦法規範，明年就排外，這

樣這間機構算不算合格？

**醫務管理組劉林義專委**

現在是說外展的點？

**簡志成代表**

對，是指外展那個地點，所以現在就是 14 個醫師，要審 14 次，這樣符不符合實際的效益？

**主席**

我們現在外展點是醫師再加上地點，但是地點只需要送一次就可以，但是醫師有些在去年已經訪過，就不用再訪了。

**簡志成代表**

所以如果有 10 個醫師，已經訪過 1 個醫師，另外 9 個還要再去嗎？

**主席**

是的，書面審查，但是地點的部分就不用再送件了，只需要再提供醫師的部分即可。這部分有共識嗎？

**林鎰麟代表**

主席，我還是很希望回到原來，也就是我們送的案件不會只有照片或是影片，也會有書面的資料，想再確定書面資料是不是就是指這份考評表？

**主席**

請等等，這是下一個要討論的主題，是指所有院所(含外展)需要送哪些資料？這部分請楊顧問先行準備，待會討論到那部分，就請你優先發言。因為林代表你的問題是包括外展及非外展單位要提供的資料有哪些？這是最後討論的。

### **林鎰麟代表**

要跟主席報告的是，有的醫療站什麼設備都設置好了，現況就跟一個診所一樣。

### **主席**

這點我知道，我有參觀過享穆代表的外展點。

### **林鎰麟代表**

所以也可以將外展點比照一個院所為單位，就像我們診所 10 個醫師都在院所工作，外展點也是一樣，有一個專人消毒，其實等同一個小型診所，所以才說外展點每一個醫師都要寫，才會詢問要提供到什麼樣的資料？

### **主席**

這點倒是有趣，如果是固定點的外展點，可以如你所講的這樣辦理，但是如果是像非定點類型的，那就要每個醫師都要寫，這部分可以嗎？所以不是固定點的需要每個醫師都要送，但是如果像吳享穆醫師那麼優質的偏鄉外展診所，規模就好比一家診所，就可以不用

每個醫師送。

**林鎰麟代表**

因為醫缺巡迴點就像學校只是單一個點，但是醫療站的部分？

**主席**

醫療站的部分可以，但是細部要討論清楚，這部分原則同意，請科屏副組長。

**吳科屏代表**

想請教醫療站如果視同醫療院所，那醫療站的感控是不是比照醫療院所的感控 SOP？

**主席**

請問誰要回答？剛剛科屏副組長講的是如果你認為那是一家診所，而現在外展及非外展的考評表是不相同的，如果是這樣的話，是不是就適用非外展的考評表？是這個意思嗎？

**簡志成代表**

因為院所外會有一些不一樣的地方，例如醫療廢棄物的處理，在院所就會直接在院所，但是在外展點有些還是不一樣，雖然設備跟診所差不多，但是有些配件還是沒辦法比照院所方式，所以當時才會說外展會有另一個標準。

**主席**



好，這點已經從寬，就是外展點為固定點的情況下，就不用每個醫師都送，這樣是不是比較合理？所以針對外展的部分，會有細節需要調整，就請再把文字做修正。請徐醫師。

**徐邦賢代表**

這個邏輯要跟主席溝通，就是院所如果審查不合格，醫師就不能巡迴，那這個院所是不是合格也是要到 6 月底前才會確定，所以醫師再 6 月底確定後，也就是要等到 7 月才能做，是嗎？

**主席**

我認為合理而言，如果要做外展的醫師，應該要趕快送審，因為診所送件時間是 3 月底前的任何時間，所以要去外展的診所應該要曉得這是連帶關係的。

**徐邦賢代表**

就邏輯而言，6 月底前才確定診所是不是審查合格。

**主席**

是，但是診所書面審查時間不用等到 6 月底，書面審查是不是合格應該是審查完就可以告知院所。

**徐邦賢代表**

所以書面審查如果不合格，院所就不能申請外展業務嗎？

**主席**

是的，不然之前的假設怎麼會成立？

**徐邦賢代表**

因為這個邏輯要確定。

**主席**

我認為你們要再宣導，如果要申請外展業務的院所，應該要儘早送審取得合格，這應該是很合理的，否則怎麼向偏鄉的民眾交代呢？

**簡志成代表**

所以如果複審合格之後就可以進行外展業務？也就是不合格的那段時間無法執行外展業務嗎？

**主席**

是的，那就可以儘早實地審查，讓院所取得複審合格就可以執行外展業務了。而至於院所什麼時候去執行外展業務，可能時間超過6月底，也是可以的，只要去了就要送在偏鄉執行的狀態及資料，而現在所謂的外展業務又排除定點服務的，不需要每個醫師都送資料，只有非定點服務的才需要每個醫師都送資料，因為你執行的是非定點式的服務，是不是要由每個醫師自己負責，所以是不是應該源頭的院所先過關取得合格呢？

**徐邦賢代表**

就像登機一樣，要貼一張「priority」。

## 主席

沒錯，規定雖然很複雜，但是複雜中還是有序，好嗎？接著第 3 題要討論的是一新特約，在草案裡面是講說新特約院所比照已經申報感控的架構，就是必須在一個月內連感控都要確定是否合格，也就是院所要來新特約時，就要一併送感控的書面審查資料，在 3 個月內優先審查，若審查為不合格時，因院所是新特約，就用特管辦法規定，必要時得延長 30 日，那你們就必須在 30 日內完成實地審查，如果實地審查通過後，就可以特約了。

## 徐邦賢代表

如果不過呢？

## 主席

就不予特約，已特約院所我們都要求感管品質，新特約院所可以說感管不過還予特約？那很奇怪吧。新特約院所就要送申請書過來，還有感管書面審查資料也要送過來，我們業務組這邊覺得新特約院所的流程可以嗎？

## 醫務管理組劉林義專委

其實我們新特約院所申請，各分區業務組都會依循醫事機構新特約審查作業處理原則，裡面會規定要檢附的表件，裡面會加註牙醫診所要先通過感控，要送書面審查的資料，而且要合格才可以特約。

## 簡志成代表

所以要收到書面資料才送到審查醫師審查？

## 主席

當然。這個審查就是我們委托你們來審查有關感控的部分。請翁醫師。

## 翁德育代表

有沒有辦法這樣做，就是要特約之前一定要申請 30 天內送書面審查，這是確定的。

## 主席

沒有，應該這是說，申請之後 30 天內我們要完成審查，申請的時候該檢附的資料就要檢附過來，檢附的部分我們會多加一個，感控要送什麼東西來，院所在申請的時候就要送，我們有 1 個月的時間去審查，也不是只有審查這個，我們分區業務組還有行政審查還有其他要審查的內容，這是原來本來就在做的，我們原來的時間就是 30 天，30 天內如果可以沒問題通過，也不用 30 天就可以特約了，院所送來的東西，我們也是拜託審查醫師看感控合不合格，如果合格當然還是照走，就予特約。如果感控送過來不合格，如果其他 application 合格的情況下，這個時候依照特管辦法所提，必要時就要延長，也許也不需要延長，院所不合格你們很快就在 1 天內去實

地審核，也許 1 天之內就合格了，那也不需要延長，一定是在某一個情況之下 30 天內沒有辦法完成，其實我們邏輯就是我們已經要求所有特約院所都要做到感控，現在新的一家院所進來，沒達到感控就特約，那我覺得也很奇怪吧？我們不是應該全面要求都要做到，而且不是新特約院所應該做得更好，現在有一點是我們舊的院所設備等比較跟不上，新的院所問題應該很小吧？請翁醫師。

### **翁德育代表**

你剛剛講的我都贊同，可是我們講的不只是這樣，就是不能只有書面審查，而是一定要去全面訪查，畢竟是新特約院所和一般院所是不一樣的。

### **主席**

那你們就去實地審查。

### **翁德育代表**

我們現在是說，剛剛主席講的我們都贊同，只是多加一個感控，可是新特約院所進來以後，我們希望還是要在一定時間內去進行實地訪查。

### **主席**

可以，但是前提是書面審查通過，然後在一定時間內去實地訪查。很好，就是比我們原訂草案還更好。那如果書面審查沒有通過，還是得

快點去實地審查。

**翁德育代表**

書審沒有通過不就不能特約了嗎？

**主席**

書審沒有通過你要實地去看，才知道實際狀況。實地審查不過就不特約了，一直到合格為止才特約。

**翁德育代表**

書面審查沒有過不就不特約了嗎？

**主席**

書面審查不通過，但還在時效內，這個審查沒有說一定是書面審查，是 30 天內完成審查，感控的審查院所他可以先提書面，標準和其他院所是一樣的，書面審如果審查醫師過關了，我們就讓他過關，就讓他先特約，但是你們說新特約院所一定要實地審查，那也 OK，就是特約之後要在一定的時間內實地審查，但是如果書面審查就沒有通過，這時候院所特約也有權益的問題，那我們完成審查是包括實地審查，所以必須在這時限內一定要趕快去跟他 confirm 到底是合不合格，假定真的不合格，書面審查和實地審查都不合格，我們沒有理由和他特約。

**醫務管理組劉林義專門委員**

就是說特約這件事情是比較慎重的，不可以說書面不合格我們就不予特約，還是要實地去現場看這樣比較慎重。

**主席**

而且要知道 7 月之後就取消沒有感控的診察費，一律都要申報感控的診察費，如果真的不合格還要跟院所特約，那不是很奇怪嗎？要不然就是沒得申報。好，剛剛新特約這個部分的說明，大家是不是都同意，請楊顧問。

**楊文甫醫師**

我想確認一下新特約院所書面審查合格之後是否一律都要實地審查這件事情，是不是有壓時間一定要在一定期間內實地審查，還是比照我們例行性 6-8%抽審？

**主席**

如果是書面審查通過了之後，就不用實地審查，可是剛剛翁醫師講的不是這樣，他說新特約院所要嚴格一點，其他的院所是 6-8%抽審。

**楊文甫醫師**

剛剛翁醫師講的在內部討論還沒有達到共識，我只是確認這件事情。

**主席**

那你們就是現場共識啊。

**楊文甫醫師**

續約和新特約院所應該是類似的模式，新特約院所書面審查過了之後本來就是會進到 6-8%的審查。

**主席**

可是翁醫師的說法不是這樣，現在是你們覺得放心我們都沒有意見。請翁醫師。

**翁德育代表**

我們是希望說，新特約的院所嚴格一點，但是不要讓分區業務組的 Loading 那麼重，甚至可以把新特約院所改到 6-8%，就是優先。

**主席**

那也好，OK，那就是再次妥協，是不是大家都有共識？請干委員。

**干文男委員**

我剛剛聽了這個新特約院所應該是從嚴審查，這個牽涉到送到各分區以後會授權給各個分區的牙醫師公會去審查，剛剛盧代表提到公權力的問題，因為開業牽涉到公權力的問題，就是送過來 1 個月去做實地審查，不要說是 6%，現在 6%是輔導，新設立的院所還沒有通過，還用 6-8%的審查好像不合理，因為他是新設立的，能夠要求盡量合乎我們的要求，站在消費者的立場應該要做到這樣，以上。

**主席**

謝謝，跟干委員講的是一樣的，我們就是要求新特約院所要來特約



的時候，就要送和書面審查一樣條件的東西來，假定他合格就讓他新特約，但是新特約院所會去做實地審查，大家的共識就是這樣，但是假使他特約的時候所送的資料，根本書面審查就沒有通過，這個時候一定要請醫師在一定時效內去實地審查，實地審查如果沒有通過的話就不特約，直到合格才特約，這個概念和干代表講的概念是一樣的，就是源頭把關，但是這一次他是全部都通過的，那就是和大家通通一樣的地位，以後就是納入未來每年的隨機抽審，就是一樣的。好，新特約院所討論到這裡大家還有什麼疑慮，是不是所有的細節都確認了？好，接下來就是再討論一件事情，剛剛是謝代表還有問題，還有黃代表。

### **黃克忠代表**

關於院所感控不合格就沒有資格去外展的部分，因為我如果在某院所服務，我同時也在外面的身障機構、醫療機構、醫療站兼職的話，護理師那邊是合格的話，那我在某家院所可能是因為 SOP 沒有做好，那我診所不合格，我就不可以去大醫院上班。

### **主席**

我知道你指的是支援醫師或兼任醫師，就沒有辦法去外展單位，我覺得這件事情就是大家有共識要一起去完成的東西，如果你真的在那樣感控不合格的診所，您該要讓負責醫師趕快合格，你們的力量

應該要讓你的診所趕快合格才對呀。

**黃克忠代表**

這樣我之前去的外展或是我排定的都不能再去了嗎？

**主席**

就是你的診所趕快合格啊。

**黃克忠代表**

原先簡醫師的意思是說，這個醫師如果是合格的話，希望就不用再審查這個醫師帶過去東西的資格，有一些東西是他本來帶過去的，但是有一些東西是他本來就在那裡的，就好像說剛剛的一家診所那樣，那邊的 SOP 是很好的。

**主席**

這個部分就是全聯會要幫我們釐清的，那些是定點的，那些是非定點的，剛剛不是說走兩條路徑，如果是定點的我們就有定點的一套，如果是非定點的，如果再沒有要求感控就更不放心，對那些當地的民眾是相當不公平的，我知道你們有些點是在活動中心的，有些點是在教會的，感控就很重要，其實是比較資源缺乏的地方，就有比較簡易感控 SOP。你帶的東西就是你原來診所的。

**黃克忠代表**

那個東西你一定要審。

**主席**

對，我講的就是診所帶去的器材一定要審查，如果是你去定點的，那個地方就已經都很好了。那是剛剛你們的假設，我源頭的診所都通過，那我為什麼我去外展，你還不放心我，我們就是同意你這個假設，可是你現在又要推翻那個假設，那就很難了，如果是這樣的前提，那你應該要趕快讓那家診所通過，對大家都好吧，對不對，好，可以嗎？黃醫師，不然你的建議是什麼？

**黃克忠代表**

我的建議是你源頭已經通過了，那邊的話只審核硬體，就是這個樣子。

**主席**

源頭過了，這樣就 OK，但你剛剛舉的例子是源頭不過。

**黃克忠代表**

我是很擔心有很多醫師因此不能去。

**主席**

那你就要幫忙，讓他趕快通過，大家互相幫忙互相鼓勵，讓這件事情做得更好，這是善意的。我們接下來要討論的是大家都很有疑慮的，就是審查端，審查端包括如何審查還有要送什麼東西，然後要送到那裡，這部分請醫審及藥材組玫富專門委員說明。

## 醫審及藥材組曾玫富專門委員

有關書面審查這一塊，因為流程圖說（比照醫療費用電子送審之管道），但是我們組內有討論，現在醫療費用數位送審是案件，所以欄位跟這個以院所為單位的評核所需的欄位差別是很大的，難以比照套用，我們覺得比較可行的就是剛剛楊顧問所提供的書面資料，雙方有相當的共識且想法是一樣，我們另外在 VPN 建置評核表格式畫面，設計請牙醫院所可以上傳資料，透過瀏覽然後用附加檔案的方式，整個 16 項弄完之後，然後就會上傳送到我們這邊，再把類似事前審查系統後端的審查畫面介接搭配，因為現在數位送審案件，那個審查太複雜了，格式完全沒有辦法 match，簡單來說，為了配合書面審查的作業，會在 VPN 額外設計配合查核表做一個上傳資料的畫面，也會建立後端審查的畫面，這是第一項。另外因為它的性質是針對院所去 Qualify 他能否申報感控的診察費，事實上本質是比較像評核，所以有沒有可能改成叫做書面評核，因為後端也叫做實地訪評，因為後端作業及方案都叫做實地訪評，這是建議。至於查檢表每一個項目要附加的照片、表格或書面資料，就是請楊顧問再一起討論，謝謝。

## 主席

剛剛玫富專委有建議書面審查改成書面評核，這件事情大家同意嗎？

可以，我覺得也蠻好的，本來這個動作說審查也對說評核也可以，因為現在等同都實地評核轉成書面評核，那我們就改這個名字為書面評核，接下來就請楊顧問和大家說明。請簡代表。

### **簡志成代表**

我是建議可以改成雙軌，現在還有些院所電腦系統還在用 XP，你說的這些上傳方式總要連結的上去，到時候會造成一些困擾，是不是有些用電腦上傳，有些保留書面審查？因為有些院所本身硬體設備都沒有，有些院所現在電腦系統還在用 XP，到時候造成解圖檔的困難，這是保留雙軌的情況。

### **主席**

請醫審這邊說明。

### **醫審及藥材組曾玫富專門委員**

現在費用申報已經全面改成 VPN 了，這個系統也是建在 VPN，是用很簡單的操作，就是自評欄位把它勾選合格，然後旁邊就是附照片或是表格等等，操作都是很簡單的，XP 也可以用，就是透過 PC 瀏覽檔案，把它加進去。

### **主席**

照片檔案。

### **徐邦賢代表**

報告主席、專委，畢竟我們不是年年都要全面書面審查，這一次是不是可以拜託你們用雙軌，先把這個巨大的任務完成，之後 6-8%我們再來做一些改善，這次這個任務真的很難，而且同時又在短時間實現，是不是可以允許我們用雙軌的方式？

### **醫審及藥材組曾玫富專門委員**

這個對我們醫審單位壓力也是蠻大的，幸好剛剛是說 3 月底，如果是 1 月底的話，資訊系統也不知道能不能出來，能不能夠雙軌應該要看會議中的決議，我們就配合辦理，以上說明。

### **主席**

好，雙軌就是也接受書面的意思，然後也有接受電子傳送，這個部分就是保留一下，等一下問分區業務組的意見。在分區業務組表達意見之前，先請楊顧問先說明這份資料。

### **楊文甫醫師**

主席各位代表，謝謝剛剛簡代表已經先幫我說明第一項，因為我們也是希望保留雙軌，因為現在很多照片圖檔都很大，即便是依照我們原來提上來的草案，我們這個草案就是依著考評表請院所逐項附上佐證，大部分佐證是照片。但是光是硬體 4 項、軟體 12 項的 C，需要的照片或表格大概就是需要 26-27 張，如果說院所有能力做到 B 或 A，那所有的照片和表格加起來大概就會將近到 70 張，因為我

本來是不打算在這個會議上討論這些細項，因為太浪費大家時間，但是我相信還是有一些原則，希望署可以給我們一些意見，我們下午再帶回去討論，細項的部分我們下午內部再自己討論，請署給我們一些概念看是不是這樣做。第一個是我們送審的時候只送 C，還是我院所有能力做到 B 或 A，我就送 B 或 C 的佐證，因為這個要考慮到容量的問題，包括電子檔的容量，包括送書面照片或表格 60-70 張，那樣厚厚一疊，堆在各分區業務組也是一個負擔，這是第一個我們要確認的。接下來細項我們可以看到在一開始就有說明，我們的照片如果是上傳當然就沒有關係，書面的話就可以用沖洗或是彩色列印，那一些技術表格方面就可以用照片或表格的方式，書面資料的話，那有一些 B 或 A 需要完整記錄，為了記錄區間的話，為了節省資料容量，我們是用起訖兩張表格呈現，比如說紀錄要 3 個月，我就用 3 個月前的一張的影本或照片，然後現在超過 3 個月的影本或照片，這是基本概念。不知道署這邊有給我們什麼意見。

## **主席**

醫審組這邊先表示意見。

## **醫審及藥材組曾玫富專門委員**

這個草案的概念和我們組內及資訊組初想其實是相當接近的，表示所見略同，現在就是針對審查資料格式，照片這一塊是 match 每個

評核項目，未來要規範每一張照片的檔名和命名規則，要去 match 那個評核的項目，檔名的規範比如說某個照片檔是為了，適當洗手設備項目，這是第一項，就要有個編號，照片的檔名要去 match 他的評核項目，以後收載的時候比較可以去 match。另外紀錄表格，草案中是寫說照片或影本可以呈現，這邊是不是在講格式，就是 PDF 或是把具體的格式寫一下。然後就是有沒有可能開放有一個空格可以填說明，也許診所想針對這一個項目說明什麼，他做了什麼，也許也可以允許有文字說明，以上初步建議是這樣。至於說要給審查醫師參考審查什麼，我們就等你們內部討論共識完整版本後，再去討論這個資訊系統建置的事情，以上是初步說明。

**主席**

至於剛剛說雙軌的事情，請問醫審及藥材組的看法。

**醫審及藥材組曾玫富專門委員**

應該是要看六分區，因為這個作業已經算是蠻簡單的，可以預想畫面就是 16 項的 checklist，然後就是有勾選畫面，然後按瀏覽，就可以選擇你 PC 裡面的圖檔，然後把它附加上去，這樣就完成了。就是 16 項你這樣逐一點選，在特定項目附加照片檔或表格或是寫上文字說明，最後就按傳送。

**主席**



我們會有一個畫面給他們？

**醫審及藥材組曾玫富專門委員**

對。

**主席**

那這個畫面什麼時候會 Ready？

**醫審及藥材組曾玫富專門委員**

就等楊顧問剛剛說的這個草案，他們說下午他們內部還要共識，然後給我們就可以提需求。

**主席**

提需求之後要多久？君豫科長。

**資訊組龐君豫科長**

這邊我們要和醫審及藥材組細部討論，我們會先把前端的建置起來，先讓院所能夠輸入比較重要，後端這邊審查我們會繼續接建，我們希望盡量在 1 個月之內可以產製。

**主席**

就是盡量在 1 月底之前有個畫面讓他們可以送。

**資訊組龐君豫科長**

但是前提要和醫審及藥材組先討論規格，或許我們也擔心這麼多要讓醫師去點選，會不會不方便，也可以考慮整個打包一起送上來，然

後在幫院所檢查，我不知道有時候變成 checklist 很多的時候，院所端也會很繁瑣，這個可能都需要再細部討論。

## **主席**

好，現在發言的是我們資訊組的科長，將來好不好用就是牽涉到龐科長如何讓大家非常方便，剛剛他講的我在重點講一次，第一點，他也需要一個月的工作時間。第二個需求要很明確。第三點，他希望能夠做到不管怎麼操作都很簡單，當然就是在回應剛剛說送書面可不可以少一點，因為大家 Loading 很重，但是他說這個是很簡單，只要你貼上去，因為我們的資訊一直都是 User friendly，就是從 User 的觀點去設計這個介面，所以一定會有一些人就是不要使用，這個關鍵時刻如果我們分區真的有人就是不會，接受書面可以嗎？請問分區的意見，請問文琳。

## **南區業務組賴文琳科長**

代表分區先發言一下，我覺得分區接受這些書面資料的工倒是其次，但是這個審查時效要在 6 月前完成，如果現在不透過電子化、透過系統自動去檢核，若是整個打包上傳，打包或者命名對應的欄位錯了之後，將來我們行政在整個送審的時候，可能中間會發現院所來的資料錯誤，還要產生退件、補件，一來一返過程，都沒有辦法在時效內完成。我看楊顧問一直在點頭表示贊同，其實他應該也

是反對整個打包，剛剛醫審及藥材組或資訊組龐科長提供的設計，我們在這 16 個項目欄位，逐一讓院所去勾選自評，他合格了，然後他自己也去檢視這個對應項目到底是要上傳正確的相片，然後後端才有很辦法很流暢的去幫忙送審，這個是我們覺得正確的做法，然後將來在時效內完成是最大的目標，我們覺得還是要電子化送審。

## **主席**

基本上，楊顧問專業的東西還是請你們去確定，將來那個界面就是要照這個格式完全一模一樣，比如說 1c，然後旁邊就可以貼照片，自己有沒有打勾，是 1c 的照片，然後就放上去，你們審查的時候如果 c 是基本門檻，至少要有 c，我們就會去檢核，基本門檻如果都不足的就退件，那一項沒有都什麼附件的就是少送，就是檢附東西最低門檻的都有，檢附 B、A 更好，不管怎麼樣，就是完全照這張表格做，一目瞭然。院所知道貼的照片是對應符合項目，如果這樣還不會貼請分區再輔導，盡量做到這樣，這樣對分區有個什麼好處呢？既然電子檔案，電腦都幫你自動審查文件是否齊備，進去審查端醫生調出來是 a 診所，檢附資料也比較方便審查。不然審查醫師還要打包、開包、文件遺漏等，審查效率就很差。

## **楊文甫醫師**

主席，我回應幾件事情，剛剛醫審代表講的，我想把格式化訂好，就如同主席說的 1-c，1-b，比方說有些項目它需要 2 張，那就 1-c-1、1-c-2 之類的，那就不要再叫我們設檔名。

**主席**

檔名就寫在那裡，院所打勾就好了。

**楊文甫醫師**

對，院所就是輸進去就好，這是電子的部分。再來就是可能你們要考慮一下是如果要作業簡便，我們是統一送 C 的佐證，還是連 B、A 都要？

**主席**

應該要是完整的，院所如果願意多送表示很厲害，只要電子審查，檔案都會留下來。

**楊文甫醫師**

再來就是書面的部分，因為我們跟所有的院所在輔導會員，光是我們電子病歷申報這件事情，其實就很辛苦了，即便如醫審及藥材組或資訊組那邊把資料格式化，一張一張輸進去，其實老實說，對會用電腦的院所來說，這樣其實是比較便利，比我自己去列印表格，貼照片、影本要更便利。可是我們還是會有一些院所會需要書面，所以我是不是能夠拜託署與各分區業務組，還是保留書面的這一條路，我

們會盡可能去輔導院所用電子方式送審，因為院所也方便，成本也低，格式化都擺好在那邊，就是把照好的照片一張一張放到對的格子就好了，那如果是書面的話，我們自己還要再去列印表格。

**主席**

書面變成我們分區要去掃描，要不然也沒有辦法做吧，分區業務組都搖頭。

**楊文甫醫師**

沒有辦法直接交給審查醫生看嗎？

**主席**

那就是要走書面，可是分區最後如果真不行走書面可以嗎？

**楊文甫醫師**

因為我覺得還有一個時間的因素，因為時間真的很趕。

**主席**

主席都聽分區的意見，因為最後是分區要執行，分區怎麼樣，要不然就列入分區共管會議的時候再去討論，盡量讓書面審查減到最低，請理事長。

**王棟源代表**

事實上還有蠻多牙醫師不太會使用電腦，電腦都是助理在用，今天要求他們全部要電子送審，真的會有問題，還是要保留書面。

**主席**

可是這個跟平常申報費用是完全不一樣的，送審是有個畫面，你只要勾選項目，然後這一項後面有可以貼照片的格子，你就夾帶、貼上就做完了，最後有個 checklist，你都勾選完，之後你就送出就完成，就跟線上填問卷一樣，請吳醫師。

**曾玫富專門委員**

就像 e-mail 一樣。

**主席**

也類似喔。

**吳迪代表**

考評表已有現成的格式，C 表浮貼照片可不可以？

**主席**

一定要有可以浮貼的空間。

**吳迪代表**

我是說表格可以增加浮貼的空間，今天審查醫師在審的時候我們表格拿過來……。

**主席**

你說書面嗎？

**吳迪代表**

對，我說今天問題在於如果說業務組在書面案件審查有問題，怎麼

去看符不符合行政審查，你是否符合 C，若符合 C，後面要貼照片。

**主席**

可是我們現在都已經無紙化，像這種就是一件一件審查，可是現在電腦比我們厲害。

**吳迪代表**

我只是說，總是會有一些院所需要書面管道。

**主席**

我可以理解。

**吳迪代表**

在處理表格上也是要有解決的問題，有 16 項。

**主席**

我可以理解，可是對分區來講，每一件都是工，請謝代表。

**謝偉明代表**

請教資訊組，將來假設這個上傳的東西會放在 VPN，說實話真的就可能有很多限制，因為就牽扯到網路安全的問題。因為 VPN 安全，所以上傳的動作就很容易因為一點點什麼問題都打回來，像我最近在做牙位檔案還上傳不了。

**吳科屏代表**

因為有檢核。

### 謝偉明代表

有時候是照片格式的問題，假設說走 VPN 一定要掛診所的讀卡機連線上去，然後確定是該診所。

### 龐君豫科長

因為一定要先憑證登錄，登錄進來之後，就可以看到我們新增的這個服務網頁，就開始做你的 CheckList 的這些規範上傳打勾。

### 主席

請簡代表。

### 簡志成代表

我們都同意無紙化，但是今天我這家院所指標都符合規定，但是可能因為這些行政因素造成卡關不過，那是算我審查 SOP 沒過呢？還是有過？這個問題影響權益，結果都準備好了，可能因為電腦操作不是那麼流暢，可能有的電腦使用不是那麼好，造成資料的錯誤或是別的情況，可能造成審查不過，影響資格，這樣的話，到底是因為我不符資格，還是因為我不會用電腦？

### 主席

這件事情，我相信在座你們有被訪評過，可是多數是沒有被訪評，你都得再送書面，你們覺得有困難嗎？聽起來應該不困難吧？

### 盧彥丞代表



我們既然要全面書審，就要考慮像我們，算是中生代，我們會用電腦，可是書審的時候，有些醫生已經 80 歲，今天的目的是要全面，我的意思是說其實在座代表的意思是就開放這一次，之後抽審可以用電子化。

### **主席**

我們就是留下一個可能性，真的不行的時候就接受書面，但是書面一定要壓到最低為原則，但是如何讓分區業務組也可以接受，就是由分區業務組的牙科共管會議去討論，這樣可以嗎，分區可以嗎？我們這個就討論到這裡，謝謝資訊組，至少一個月開發出來。

### **徐邦賢代表**

請問科長，順便給我們像是行政審核的觀念，當院所上傳的時候是不是有個 checklist，才知道到底缺什麼。

### **龐君豫科長**

就是院所完成所有上傳之後，會先告訴你有沒有問題，沒有問題才收，收了之後，後面如果審查醫師覺得有缺的話，他會可能會退件，請你們補件，因為他核定結果是通過、不通過跟請你退、補件。

### **主席**

這資訊組就是這麼厲害，請謝代表。

### **謝偉明代表**

假設如果沒有別的路可以走的話，公會就可以去輔導用個電腦，然後照片拿過來，可是若走 VPN，公會就沒辦法提供這樣的服務。

**主席**

好，君豫這邊有沒有什麼方法？他們願意替會員服務，也是送電子審。

**謝偉明代表**

公會幫他上傳，這部分不能在 VPN 去操作，那有沒有什麼一條路可以讓公會去這樣服務？

**龐君豫科長**

這個不行，上傳一定要由院所上傳，如果有使用上的問題，你們都可以 call 我們客服專線，我們會通知那邊的同仁協助。

**主席**

代表的意思是說這個操作只有一次，所以如果真的不會操作的院所，不會為了這次去學習，因為年齡已 8、90 歲了，所以有沒有可能有人幫忙上傳，這個動作可能就是你們的幹部要去診所幫忙，但是如果又這麼麻煩，應該是在另外一個地方上傳，我覺得這個也是蠻人性的，我們這邊可能要再研究，這個問題留下來，因為這是一次性，不是費用申報，我們讓資訊組研究一下，我們基本上這件事情討論完了，請王斯弘代表。

**王斯弘代表(鄒繼群代表代理人)**

這邊有 2 點報告，第一個就是說這隸屬在醫院的牙科部門，基本上是有通過醫策會的醫院評鑑，還有每年的感控查核，再加上醫院本身的一個內控的機制，是不是這一方面就不要浪費人力去做訪查，這個我想大家可以討論。第二個，我們花很多時間都在討論怎麼樣出去加強落實感染管制，我想大家都認同感染管制是很重要，一旦這些侵入性的治療造成感染，且造成的一些損失可能是更大的，在座我想大家應該都做的很好，而且署方把錢都撥下去，但我們要討論如何達到 100%，其實聽起來就是有一部分少數院所就是不申報，甚至可以不健保特約，繼續看病，其實真正的受害者還是在民眾，所以我最後建議，其實通過感控查核，合格的院所是應該發予標章，教導民眾可以選擇，慢慢的把這些不合格的院所淘汰掉，雙管齊下，反而可以讓我們更能夠去落實這次的方案，以上報告。

**主席**

王醫師是耕莘醫院嗎？

**王斯弘代表(鄒繼群代表代理人)**

不是，我是佑民醫院。

**主席**

是院長嗎？OK，那剛提兩件事，一個是醫院已通過醫院評鑑，醫院的

牙醫部門是不是還要再做一次感控全面訪查。第二個就是要不要貼一個標章給合格院所，第一個有關評鑑的部分，我們請心口司的陳簡技。

### 心理及口腔健康司陳少卿簡任技正

主席，還有各位委員大家好，醫院評鑑這個制度目前是委託醫策會辦理，本司今年是在協助訂牙醫醫院的評鑑標準，但是我們在研修會中有比對了一下，目前醫院評鑑的感控查核項目，原則上針對醫院評鑑，或者是醫院的牙科部門的教學醫院評鑑，對於感控部分都有適當的條款，但是今天這方案總共 16 項，就細節還要去做比對，這是第一個問題。第二個問題，剛剛發言代表提的很好，就感控這個部分，政府目前現況是有 3 檢 3 防的機制，我簡單說明，假設我們今天先講在健保特約，因為診察費再提高，所以我們進行一個全面感控審查，有書面審查、實地訪查，而且未來有隨機抽訪，這個部分可能是第一層，但是在地方衛生局的醫政管理對於醫政的考核，所有醫療機構這個部分每年都會 screen 一次，因為我們醫療機構的樣態非常多，所以他們會有自提查檢表，另外，地方的醫政的稽查人員會針對特殊的檢舉項目或者是特殊的傳染病防治的專案，會不定期去稽查，所以這個是第二層次的把關。第三個層次就是中央 CDC，在特殊疫情或者是一般 normal 的傳染病防治，在地方衛生局的疾病管

制科就會針對不同的傳染性疾病，不管是慢性或者是急性傳染病、一般傳染病或像現在特殊疫情期間也會有這樣的一個管理機制。所以回應代表，我們現在講的都是健保特約，今天這個大工程完成了之後，後續在地方基層醫政這個部分應會針對自費的診所進行規畫加強感控，因為自費診所沒有與健保署合約。今天我們大家談到了未來處理的機制，是很前進，很前瞻，而且也超前部署，對於未特約的健保診所這個部分的話，也會跟地方醫政就這個部分來做後續規劃，大概以上報告。至於醫院的這個部分，本身就有醫院評鑑跟教學醫院評鑑，在條文上面，我們再做檢視，最後我要補充就是今天上傳的這些資料 16 項，我們都忽略了一件事情，其實「人」是我們最大的一個傳染源，我們上傳的資料並沒有牙醫師跟牙醫助理的體檢，在感控這個部分其實不管是對於護理之家、各類的機構，都會要求所有的工作人員要有體檢報告，有些特殊的人員，像處理膳食部分的人員，甚至要提供一些特殊的 A 型肝炎、B 型肝炎、check 胸部 x-ray，所以這樣的審查，其實可能忽略了在傳染病防治上對人員健康的管理，但是因為這些審查項目大家已經有討論過，只是提供一個建議，謝謝。

## 主席

全聯會這邊有沒有回應？就心口司的陳簡技說的。第一個就是醫院

的部分，在我們第一回合應該也都有列入吧，有嗎？已經實地訪評的院所裡面有沒有醫院。

### **楊文甫醫師**

好像要看各區決定的名單，中區我知道有抽到醫院。

### **主席**

所以就表示醫院還是得去，我們現在送書面評核的醫院也沒有排除，因為公平起見是都要，剛剛陳簡技說因為醫院也有經過評鑑，這個部分，我有請教說是不是跟我們的標準一樣，她說要回去比對，所以就代表醫院評鑑可能沒那麼仔細。

### **邱昶達代表**

錯錯錯，曾顧問今天沒來，他是評鑑委員，他比這個 A 還硬 100 倍，我們醫院的整個感控流程比這方案高非常多倍，因為最近大家知道昨天有本土病例，其實我們現在要開始非常緊張了，其實我是建議，尤其是區域醫院以上的評鑑都很嚴格，各醫院也有感染管制小組，還有 set up 管控醫師的成員，所以我不建議在這個疫情之後再去增加很多醫院的行政負擔，因為這個疫情真的是蠻嚴重的。這裡面的表格很多東西不是我們醫院牙科可以去拿到的，比如說你還要去找醫療廢棄物，要去找總務拿證明，比如說空調的消毒證明要去找相關單位，這不是說像診所自己就可以處理。因為醫院評鑑本來這些

所有的細目，心口司應該很了解，調出來看就知道是非常的嚴格。

**主席**

請簡醫師。

**簡志成代表**

尊重醫院的規定，但是可能要釐清觀念，就是萬一的訪查有可能會合格或不合格，但萬一醫院不合格算不算 100%，因為他沒在這裡看不到，萬一醫院不合格，這是一個邏輯，用 100%的院所要進來這裡，可是因為排掉不用算進來，萬一醫院不合格，那算不算 100%了？是吧。

**主席**

我們一開始就沒有把醫院排掉。

**吳明彥代表**

全聯會自己的診所都忙得沒辦法，你還有時間去擔心醫院，醫院就讓醫策會去做就好，為什麼不會簡單化？

**主席**

評鑑部分，我們就等心口司給我們回復，然後看評鑑標準，因為剛剛邱醫師代表醫院牙科協會，他也講說區域級以上醫院其實都非常的嚴格，但是它漏講的地區醫院嚴不嚴格，而且不是每個醫院最近有經過評鑑，這個我們等心口司給我們回復，這個事情我們今天就暫

時沒有辦法確定，等確定之後再來說明。另外一個就是通過的院所要不要給標章，假定我們最後是走上所謂的 7 月以後，只要有健保的某 logo 就代表已經感控，至於沒有健保特約的牙醫院所該不該有標章，那就是心口司去研究，沒有健保特約院所，我們也沒有辦法處理，也不在今天討論的範圍。另外拜託資訊組君豫、醫審及藥材組這邊，系統建置最後會有畫面，但是現在一般診所、醫院、外展點的可能那個表格會不太一樣，你要把這個東西考慮進去。外展的可能那個 checklist 不太一樣，所以你應該有兩套畫面，這個部分我就是提醒。

### **醫審及藥材組曾玟富專門委員**

提供一個建議，checklist 要附的照片，牙全會內部討論的時候，我們建議要規範每一項大概是幾張，最多 1 張、2 張或 3 張，如果數量很多的話，上傳作業或是資料庫容量會有問題，就是要規範照片的張數。

### **主席**

我拜託醫審及藥材組玟富，還有資訊組君豫這邊你們討論跟送審有關的想法、期待就寫下來，再給楊顧問，他們內部還要再討論，我們希望怎麼樣寫下來，不要口頭，因為過兩分鐘又會想到新的，全聯會他們要成立小組討論，所以你應該是在今天之內趕快把我們想要的



內容給楊顧問這邊，他們專案討論的時候可以一併處理，最後應該會產生一個送審的須知，送審的須知不管是網路版或者是什麼形式，讓大家要點進去的時候就知道送審的注意事項有那些，然後接下來才開始操作，這樣子才不會掛一漏萬，就麻煩玫富與君豫這邊一起合作，然後產生一個審查該注意的事情，然後今天之內就給楊顧問的窗口，你們盡快內部再討論一下，然後可以趕快定案，你們是不是授權楊顧問？他說了算，好，那我們就是窗口就是楊顧問，楊顧問辛苦了。

### **楊文甫醫師**

其實剛剛醫審及藥材組那邊說的，我們其實都有準備好，所有項目都有限制那個數目。

### **主席**

既然是這樣，因為這個架構我們也做了非常多修正，所以文字的部分可能都要配合修正，所以我們今天就討論到這裏，至少他是一個非常確定的大方向，那必要的時候，我們需要再開會，會再找大家再來開，請干代表。

### **干文男代表**

主席、各位與會同仁，這個牙醫加強感控實施方案全面訪查，因為要全面的訪查，沒有辦法做書面的這個期待，但是這個期待的資料，無

論是紙本也好，電子檔也好，希望能夠保留到什麼呢？你們完全都抽查，因為你們一年度只有 6~8%，6,000 多家院所要幾十年以後才能參與到，如果說這個抽查有資料，原來報備的都是合格的，讓我們相信，但是如果沒有合格的話，**是有什麼話題，這裡都沒有談到八折，那已經從六千多家一直抽查最後，就不做了，要怎麼辦？**還是說其中要做自費，跟健保也沒有關係，我們健保怎麼辦，感控的錢都領了，因為這問題就出在這裏，你們一年進度只有 6~8%，前面都講了很多，大家都非常用心的討論，把我們也注意在聽，這都很熱烈討論，表示你們在進步，共同為這些事情在努力，但是最後萬一漏失要怎麼辦，這裡就有罰則，罰則有什麼辦法，好像整個架構裡面的也沒有談到這部分，看這個釋出方案也沒有罰則，**到了最後有發生的感控了**，再來追求亡羊補牢，這個也不好，所以我提出了這一個，看看你要這個罰則怎麼辦，主席講他會把這個檔案保留，最起碼要到這個統統抽查完了，檔案才能消失，以上。

## 主席

干代表講的是通知改善、違約記點、核扣等事項，現行特約辦理雖不合格仍可以特約，如果特約院所發生這種事情，就只能違約記點而已，未來是否要特約，干代表的建議，我們請業務單位研究特約管理辦法之法規架構，本項建議是否留供本署研議。（依據全民健康保險

醫事服務機構特約及管理辦法第八條第二款略以，保險醫事服務機構特約期間未受違規記點，或曾受違約記點，已完成改善，得依本辦法規定續約之。)

### 干文男代表

牙醫公會說這個條例是兩年，最多扣兩年，自開始領到合格為止，每年只有 6%到 8%，這樣進度太慢了，有些院所你一輩子都抽不到，這項條文就形同虛文，這是不對的，健保支付這些錢應該要做一些事情，如果花錢沒有效益，就應該要檢討，本案只是期待大家趕快做，如果 100%審查通過後，這件事情就結束了。

### 主席

這件事情是要全面評核，因為考量數量太大，所以改成書面評核，再輔以實地評核方式，基本上都建立在信任的制度，如果沒有信任機制的處理方式，就要經由法律的規範，但涉及法律的部分，大家還是不要太倉促決定，應該以現有法制再來討論及研究，干代表的意思大家也很明白，但是無論如何，我們都不可能每年都如此做，唯有信任才做得下去，大家要把信任當成必要條件來做，請把干代表的意見錄下，再請法務單位研究後，再來向大家報告。

### 楊文甫醫師

我只是想請教一下，我們的名稱是不是就定下？是書面評核加實地訪

查，建議後面相關條文一併更正。

### **于代表文男**

請教楊顧問，臺北市有 40%有申報、60%沒有申報？牙醫全聯會介入輔導多久？為什麼沒有申報？

### **楊文甫顧問**

是電子化申報。醫界沒有做就不會申報，但本案是專案查核使用的。

### **主席**

于代表可能有點誤會了，現在講的送審跟申報是兩碼子事，申報都是電子化申報了，不管有沒有做，都已經是電子化申報，而立意抽審或隨機抽審是抽到院所才要送審，沒有辦法用電子化來送審，所以是兩件事。那本次要送的是書面評核的電子化作業，跟費用申報是不一樣，是另一個畫面，健保署期待以 VPN 方式比較安全，但對很多的老醫師來說，因為是新的學習，所以即使畫面很簡單，對這些老醫師來說也是很困難的，我認為應該涵括所有可能性，所以本件事情請醫審及藥材組研究，先就討論到這裡。

### **高屏業務組施怡如視察**

支付標準 7 月後取消，請問扣差額還是整筆扣除？

### **主席**

這件事情要從法規來研究，在沒取消前，還有差額。取消後，也不知

道差額如何計算？不能申報診察費到底該如何處理？這件事情是需要研究，暫時保留，我們討論目前已有一個大方向，請大家全力配合。接下來，我們要還有要討論特殊醫療服務的案子。

### **徐邦賢代表**

跟主席報告，我們有收到健保署的發文，需要牙醫全聯會提供醫院牙科列席的意見，我們是建議視專案需要保留列席名額，提供會議列席提供意見的機會。主席、各位代表可以嗎？

### **邱旭達代表**

我們已經跟理事長做過充分的溝通。醫院牙科代表如同徐代表的意見，保持原來的名額，視專案需求再請醫院牙科代表列席提供意見，因為醫院在各分區都有，所以在專案的部分建議增列兩名列席人員。

### **主席**

各位代表是否有意見？請醫務管理組說明。

### **劉林義專門委員**

名額並沒有改變。

### **徐邦賢代表**

如果專案部分醫院牙科有主動要求可以跟全聯會說，由全聯會一起提出來。

### **主席**

同意全聯會的說法，牙科診所跟醫院牙科都是一體，原來的辦法就不需要更正。接下來的 1 小時，我們要來討論清倉的案子，包括牙科特殊醫療服務計畫、0-6 歲幼兒口腔健康照護試辦計畫、醫療資源不足地區改善方案、弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫、品保款、醫院牙科門診量下降獎勵方案，都還沒有討論。目前優先需要討論的是醫療資源不足地區獎勵方案、弱勢鄉鎮改善計畫提升方案等要年底前通過的案子，其他案子(如 0-6 歲幼兒口腔健康照護試辦計畫、特殊醫療服務)已先行回饋意見給牙全會，假設今日會議時間允許，我們就討論，如果時間不允許，我們就延到下次會議再討論。所以今天我們把優先順序調整一下，先討論提案 7、8、9 三個案子，其他提案若今天討論不完，就延到下一次。另外，我們會後要討論上次支付標準於本會通過，但共擬會議沒有通過的問題，請業務單位通知支付標準科，將資料準備好。現在進入討論提案 7-1。

**討論事項第一案(原列第七案):「110 年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」修訂案。**

**主席**

本提案有 3 項重點要討論。首先是牙全會建議刪除服務時數，但醫務管理組建議保留。各位代表有沒有意見？

**徐邦賢代表**

本項如果建議保留的話，急診時間如何計算？是從牙科醫師接觸開始計算？如果已取卡住院，也應該要從急診的時候就開始計算，但是病人從急診進來的時間，牙科醫師不見得知道，病人何時離院我們也不見得知道，故牙醫全聯會建議取消，是因為整件事情與牙醫師的關聯並不大，也因為我們不敢期待院方可以給我們一個很確切的時間點，目前牙醫師每次申請都為了這個欄位而被退件，雲林部分院所就是因為這個欄位而被退件，成了壓垮最後一根稻草，所以我們才會把事實如實的呈現出來，考量這件事情對計算並不是那麼重要，所以建議刪除。

**主席**

請醫務管理組說明。

**醫務管理組呂姿擘視察**

請各位代表翻開議程討 7-15 頁，現行 109 年已在服務時段加註說明，服務時段是自牙醫急診開始提供醫療服務的執行起迄時間來計算申報，並不是從病人自急診開始起算，以上補充。

**主席**

因為之前有困擾，所以本次在表格註釋都一起修改。各位代表可以嗎？

**徐邦賢代表**

我們只能盡量讓醫師注意這一點，但是如果醫師有些許遺漏的話，是否可以有事後補正的方式，不要因為沒有填報就整筆核扣，或是沒有通過。如果這樣的話，連嘉義都做不了。

## 主席

請南區業務組說明

### 南區業務組賴文琳科長

這個方案是只有南區在施行，南區業務組是從沒有退件也不曾核扣，嘉義其實做的還不錯，院方及醫療團的配合度都不錯；但成大斗六的醫院則因資料登錄、行政協助、牙醫診療後醫療台清潔等協助上還須加強溝通，所以醫療團的醫師反應在執行面是有點困難，尤其本項是論次計酬要申報時數，本來醫師剛開始的時候都不會填寫(如：服務時段為 21 點到 1 點的值班時間，就填報 4 小時，但服務時數是要填寫實際診療病患的時間)，分區業務組不斷輔導說明，因為計畫內容裡面都是有的，只是舊表格說明沒有那麼清楚，我們都是以輔導說明的方式來處理，新表格修訂後就清楚多了。考量這項計畫與院方及排班醫師間都有關聯性，所以建議牙全會要向院所說明清楚，因為所有的醫療費用都由院方來申報，服務的醫師則申報論次計酬的部分，既然院方申報相關的醫療費用，應該要提供值班醫師必要的協助。雲林確實在 12 月初就向分區表達做不下去想要退出，明年



預算是否建議也可以開放給其他地區來施行？

**主席**

請徐邦賢代表。

**徐邦賢代表**

如果一定要維持的話，我們就盡量輔導，雲林也不是說都不再接觸，只是整裝後再出發，原來的醫師還是會有所調整，在雲林我們也受到很大的壓力。其他區域雖然也有在接洽，但是接洽的細節還不方便寫在我們的計畫裡面。所以我們建議計畫內容是否可以修正為以雲林嘉義為主，但目前不在該區域裡面的其他縣市，如果整裝後可以做的，我們隨時提案在這個會議上徵求各位代表同意後實施。

**主席**

服務時數的部分予以保留，牙科醫師的起迄時間請牙全會盡量宣導。至於現行以雲林嘉義的醫療團為主的方式，目前雲林遇到問題要整裝再出發但並未放棄，所以文字上也不要排除雲林及嘉義以外縣市可以執行的機會，在文字上要如何修正？是否修正為以嘉義、雲林組成醫療團為原則(或優先)、或改為施行地區至少為雲林和嘉義為 2 個試辦地點(或刪除兩個試辦點)等為原則，聽聽各位代表之建議。

**王棟源代表**

報告主席，桃竹苗、宜蘭也有意思來承辦，所以不要限定在雲林、嘉

義兩個地區實施，在前述區域前加上「等」就好？

**徐邦賢代表**

或者修正為施行地區以雲林縣、嘉義市兩個試辦地區為原則。

**千文男代表**

為原則較好，不用再加其他文字。

**主席**

現在要放寬至全區施行，全國都可以來申請的意思？但是本案重點還是要組成醫療團。

**千文男代表**

原先本案是由宜蘭申請，也不是嘉義，是健保委員提出雲林縣，所以就改成雲林，是不是加上「等」之文字，就可以彈性處理？

**主席**

剛剛心口司簡技建議，可以排除六都統統開放。

**千文男代表**

因為六都資源比較豐富，排除也可以。

**主席**

那意謂除六都外，全區都開放了？

**謝偉明代表**

修正應只要是醫療團就可以，申請不限地區。

**主席**

由各縣市醫師公會組成醫療團即可以來申請。是否為全區開放？但優先考慮六都以外之區域？

**于文男代表**

如果嘉義跟雲林的文字刪除的話，就沒有標的了。現在是全區都可以嗎？建議嘉義跟雲林的文字也要予以保留，這樣才有標的性，如果全部都可以，就是回歸總額啊。所以，我建議就是嘉義跟雲林等就可以涵蓋了。

**主席**

如果是雲林跟嘉義等，其實就是全部了，且須由縣市牙醫師公會組成醫療團。是否還有其他修正意見？

**邱昶達代表**

本案未實施前，我們跟牙全會溝通很久，大家對醫院有無值班醫師間有一萬元的差異，都是砲聲隆隆，我們都盡量安撫後才把這個案子提出來，本案的原始精神是以醫療資源不足地區為主，才能夠說服牙醫界，如果現在開放到全國，會讓我們回去承擔更大的壓力。

**主席**

所以邱代表的意思就是說，還是六都以外吧？先從六都以外的開始執行，要不然你們的支付標準那麼的好，他們醫院的牙科會有微詞，

成功機率不高。

**徐代表邦賢**

這個計畫當初研擬的時候是以缺乏醫療急診醫院的區域去規劃，所以基本上我們是鼓勵這些沒有急診專責醫院的區域來產生急診。

**主席**

要不然把它限定！未提供夜間牙醫急診的地區。那現在有提供的是那些區？臺北、新北都有。

**王棟源代表**

花蓮、台中也有。

**主席**

六都都有，所以六都以外是對的啊。施行地區限六都以外的縣市。好，這樣雲林嘉義都在裡面了。其他大家對這一項還有沒有意見。沒有的話我們就通過，接下來下一案。

**徐邦賢代表**

不好意思，我以為這個案子是逐條。

**主席**

沒有逐條。

**徐邦賢代表**

在這個計畫裡面我們沒有去寫到，當原來 109 年施行本計畫的施行

地區，符合 110 年的公告計畫，實施日期追溯到 1 月 1 日，因為我們每次公告都不是在 1 月 1 日，109 年比如說以嘉義市來講，那它 1 月 1 號就沒有辦法可以去做。

**主席**

所以它這個一定就要銜接，這有問題嗎？

**徐邦賢代表**

我們這個辦法要寫上去，是不是？

**主席**

要銜接，因為已經在做的不能中斷，這個文字我們看怎麼補，就是讓已經服務的不中斷，好，第八案。

**討論事項第二案(原列第八案)：「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。**

**醫務管理組李佩純科員**

主席、各位代表大家好，本案我們是逐條講，會盡量簡略說明，請大家參閱討 8-3 頁，第三點的實施期間是修改年度這個部分沒有問題，第四點的預算來源，移撥經費的 200 百萬元跟結餘款的優先使用方式，前面已經在 12 月的第 4 次牙醫研商議事會議討論通過，所以健保署這邊就會照著修改。

**主席**

好，這一題是醫不足改善方案的修訂，那我們同仁會依序說明，如果沒有意見我們就一直過去了，所以你們有要發言的人要即時，現在已經到預算來源了。

**醫務管理組李佩純科員**

第三、第四點就如剛剛報告的修正。

**主席**

好，沒有意見，我們就過了。

**醫務管理組李佩純科員**

接下來到討 8-6 頁的部分，第六點執行目標，牙醫全聯會這邊有建議執業計畫的服務天數的目標從 5,600 天改為 6,000 天，服務人次維持原來的，巡迴計畫的部分，服務總天數從 6,000 天改成 10,000 天，總服務人次從 100,000 人次改為 110,000 人次，這部分健保署是同意的。

**主席**

有沒有意見？

**醫務管理組李佩純科員**

不好意思，補充一下，剛剛第六點執行目標，牙醫全聯會有建議備註文字要多加「如有天災或不可抗力因素需予以特別考量」這個部分，因為執行目標主要是在每年評核會或總額協商的時候去參考相關的

數字，其實我們不會說執行目標沒有達成就有相關的罰則，所以我們建議這個備註文字應該不用特別加上去。

## **主席**

意見就是真沒達到目標，在評核會議去討論就好了，不用寫在這裡，在評核會議討論時，評核委員就知道了，雖然沒有達到目標可能因天災或其他因素，在這裡不用特別寫，大家可以嗎？若沒有意見這就不用寫了。

## **醫務管理組李佩純科員**

接下來到討 8-17 頁的部分。

## **千文男代表**

第五條公佈的缺乏地區，我曾經去過屏東，令我感到很遺憾，那邊都是老人及小孩沒有辦法出來，不論用什麼方式，屏東總長 120 多公里，寬度 24-27 公里，所有醫科都在精華地區人最多的地方，其他幾個地方像恆春、林邊、屏東市靠大樹那個地方是非常缺乏的，我想請求健保署應該同意，因為屏東的理事長沒有來，我去看了實際是一樣的，我們對醫療公平性有待檢討，它本來就是非常偏僻，坐車要 20 分鐘或幾 10 分鐘，我想老的少的要坐車也不方便，公車一天只有幾班，能來回去也沒有辦法，要坐計程車。健保署能不能給他們付計程車錢，我想沒有。沒有的話，現在有這個方案，應該讓能夠進去的

院所進去，尤其是偏鄉。你們住都市的不知道鄉下到底如何的痛苦。尤其生活越困苦的，疾病等到痛得沒辦法。希望像上次講的恆春、林邊，還有屏東靠山邊那個地方也列入，以上，謝謝。

**醫務管理組李佩純科員**

報告委員，屏東的事情在討 8-65 頁有做相關意見的表述，是不是我們等一下一起討論？

**于文男代表**

討 8-65 頁？

**醫務管理組李佩純科員**

對，8-65 頁牙醫全聯會有提出屏東三個鄉鎮地點的建議新增，這個部分我們等一下會一起做討論。

**于文男代表**

討 8-65 頁像高樹的新南村，如果要用直接距離算是很近，如果以路況及車程，我們在書面上，而是以實際，恆春水泉里靠山邊、林邊崎峰村，我希望都能夠也列入，我想全聯會應該也不會有意見，他是服務所有的，學校的校長也來講，也寫的很清楚，本來就是偏遠地區，不足的地方，都是人員不足的地方，是不是可以都給他方便，是我們健保主要的目的，以上謝謝。

**主席**



討 8-65 其實就有干委員講的高樹鄉、林邊鄉、恆春鎮是否是干委員就是講這三個?我們在 8-65 就會討論到，跟現在要討論的第 5 條沒有關係。

**干文男代表**

我先講。

**主席**

好，謝謝，那我們很快就會討論到，接下來，下一題。

**醫務管理組李佩純科員**

我們回到討 8-17 頁部分，健保署針對巡迴計畫新增(3)「巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位或長照據點為優先」，這個規定是比照西醫醫不足的方案去增列相關的條文。

**主席**

這部分大家有沒有意見?林醫師?

**林鎰麟代表**

政府單位部份我們沒什麼意見，因為 COVID-19 這個事情，社區醫療點是要 OPEN，但長照據點有他的風險，原來的條文並沒有建議，請大家考慮一下是不是要把長照據點放進去?以上，謝謝。

**主席**

這個條文是用「或」。

## 林鎰麟代表

長照據點是不太容易在那邊設，但寫在那裡。

## 主席

你的建議是？把長照據點拿掉是嗎？以媒合當地政府為優先，這個可以嗎？

## 醫務管理組韓佩軒專門委員

本段是比照西醫醫不足的字眼，這個長照地點我們希望也是一個開放的場所，我們不希望是一個機構內的，如果覺得不好設，可以不要設在那裡，只是說各縣市、各地方的長照地點情況也不盡相同，如果有適合的話，我們是建議以長照據點優先，大家參考。

## 徐邦賢代表

謝謝鎰麟，他的考慮比較深，是我們的實際面，但是我想條文上我們還是先保留。如果需要的話，至少我們於法有據。所以能夠進去服務，實際在做還是以當地政府的單位為第一優先，這樣子不知道……？

## 主席

可以啦，文字寫在這裡只是為優先，也不是一定要，但現在長照據點越設越多，也越來越普及，如果有據點其實是比较好的，如果沒有也沒關係，有其他更好的據點，只是優先沒有強制力。好，這個通過，換下一個。

**醫務管理組李佩純科員**

接下來討 8-18 頁(4)部份，針對巡迴醫療時段的異動，健保署依實務作業酌修方案文字跟附件 3-6，原本文件只寫到巡迴時段異動表單送件方式，增修為迴巡醫療時段、地點及服務醫師異動，方案的文字及後面附件的文字都會同步異動。另(4)後半段異動表的檢送規定原本寫次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，如未依期限送件者，則不予支付當次論次支付點數。之前牙醫全聯會有說比照牙醫特殊服務計畫一起修改，所以參考牙醫特殊服務計畫修改文字，從如未依期限送件者後面刪掉，改成當年度累積達三次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。

**主席**

所以我怎麼看的跟你唸的不一樣是？

**醫務管理組李佩純科員**

這是配合第 1 次臨時會牙醫特殊服務計畫的修正。

**主席**

好，這修正大家有沒有意見，就修正通過。

**醫務管理組李佩純科員**

接下來討 8-26 頁部份，論次支付點數第 1 點，希望 18:00 後之巡迴醫療服務視為夜診，論次支付點數以假日計算，牙醫全聯會在備註

有提供意見：巡迴點開設夜間門診，考量夜間危險性較高，建議夜間論次費用比照假日支付。我們健保署的意見是，經統計巡迴夜診執行狀況，巡迴夜診的診次不論在執業計畫診所或是巡迴點或社區醫療站占率都比較低，以執業計畫來講，108 年全年度只有開設 21 診，占診次比率只有 0.66%，再加上巡迴夜診服務人數也不是這麼高，所以暫時建議巡迴夜診論次支付點數維持原標準。

**主席**

好，大家有沒有意見。

**林鎰麟代表**

還是希望能夠爭取夜間的部份，跟假日一樣做一個與一般的差別待遇。夜間事實上有他的困難度，而且現在偏鄉的地方，就像一般診所來說，做一個夜間的開設都已經非常非常少，就在一般而不是到偏鄉的地方，所以我是覺得是不是可以考量一下，而不是看數字上說這個夜間開的很少，很像人數也不是那麼多，我們在做醫療站的部份，只要去參訪的都會希望有開夜間門診的要求，開夜間門診主要也是依病人的需求，以大台中為例，有一些夜診幾乎是同一位醫師負責，那假設那位醫師沒有提供服務，要找到人去替代，大家都會認為開白天的診比較容易，夜間門診就沒有人要服務，這件事情也是需要考量，再確定其他，並不是每人都像克忠這樣盡忠職守。你要找

到這樣子，是需要天時地利人和的，所以我覺得就費用來說並不是很多，是不是可以考量這個方面？以上。

### 簡志成代表

主席、委員還有各位代表，偏鄉地區的夜間門診一直是大家希望我們去服務的重點，的確我們如果都是白天去，白天有去農忙去工作沒來，來的都是老人及小孩，晚上又看不到，我們去開設夜診，夜診也有風險性，困難及風險性較，所以才希望把論次能夠提高，讓醫生比較有意願在晚上開診。現在大家沒有意願，所以意願及比例是低，提升後意願就高了，這樣服務才會更多，不然每一次我們評核，要求的都是夜間要加診，服務量不夠是因為給付，我們應該要給夜間服務的多一點鼓勵，希望可以早上晚點去或下午晚上回來，以上謝謝。

### 主席

好，還有嗎？我們看討 8-26 頁，有一個小表，平日及假日有差距，那我們這邊是以每小時支付點數，如下表，所以三級地區就是 1 萬多元，通常偏鄉的診所，如果去一整天就是 3 萬多，是不是這樣？這也算是論次，原來在設計是有機會成本，一個診次 1 個人，但實際作業 1 個人留 3 診或 2 診，3 診只有一次機會成本(來回)，與當時設計每次換一個人有差別，另外提到偏鄉白天農忙，晚上也是很早睡。

**簡志成代表**

所以我們說的是 6 點之後，沒有很晚。

**主席**

6 點以後 3 小時，可能本來就是住在那裡。依討 8-27 頁統計資料的 1~3 人可能就是 6 點以後。

**林鎰麟代表**

如果要以這個計算，大台中是 2 點到 5 點，半後鐘頭後再往後算 3 個鐘頭，方案上寫 6 點才開始，為了配合這個方案還要多半個鐘頭留在那裡，以二級而言，多半個鐘頭是 1,200 元，整個後延才多 900 元。

**主席**

1,200 元是什麼意思？

**林鎰麟代表**

1 個鐘頭 2,400 元，半個鐘頭 1,200 元。

**主席**

我們有給付半個鐘頭？

**林鎰麟代表**

只是比照計算

**主席**

我們現在是 1 個小時計算？

**醫務管理組李佩純科員**

牙醫部分可以 2.5 小時，沒有只有半小時，通常是 2.5 小時。

**林鎰麟代表**

我的意思是本來 5:30-8:30，因應配合夜間，需要從 6-9 點，要多留半個鐘頭，那位醫師經溝通也是願意。

**主席**

那位醫師當天就睡在那裡？

**林鎰麟代表**

沒有，他要回來，他是很資深的醫師

**簡志成代表**

我們沒有辦法限制醫師如果晚就要睡在那裡，9 點結束他就是回家。

**主席**

我知道，那邊住也很舒服，空氣好。

**簡志成代表**

對於夜間有這個需求，我們要怎麼鼓勵？夜間的困難度的確比白天高。

**主席**

好，大家還有沒有別的意見？沒有，我們就照全聯會的意見修正。下一案。

### **醫務管理組李佩純科員**

接下來討 8-28 頁部份，牙醫全聯會建議屬一至二級巡迴地區原本每天服務時數以 6 小時為限，經牙醫全聯會及保險人審查通過者，服務時數得延長至 9 小時的規定，健保署意見是建議維持原來的條文，因巡夜間門診占率低，如為符合當地民眾作息，建議醫療團或執業計畫診所在開設巡迴診次時可以彈性開設，不一定要 9 小時，若覺得早上病患少不適合，可以往後延開下午診及夜診。

### **主席**

大家有沒有意見？

### **林鎰麟代表**

這個是我們爭取一個機會，會提出是因當地醫療站有這個需求，像屏東人真的很多，有醫師願意提供超過 6 小時的服務，所以給他一個機會，延長也不是隨便給，他要去就去，這有經過全聯會、健保署的同意才行，這是一個方案，假設有提出需求由署來審核，認為人數有夠多，表示有需求，能讓他做這樣的事情。

### **主席**

這是分區要審核的，分區的意見？



### 高屏業務組施怡如視察

目前高屏有三、四級部分有開放的案例，核定的原則是規範第 7-9 小時要達到某個人次以上，才會按照三、四級的論次費用支付。

主席

三、四級會審查，那一、二級呢？

### 高屏業務組施怡如視察

原來的方案一、二級沒有開放，三、四級才有開放。

主席

現在要開放一、二級，大家的意見如何？分區的意見如何？

### 東區業務組劉翠麗專員

林主委的用意是好的，希望可以服務更多人，在這要提醒，我們設計這個都是正面的，但少數醫師可能會拖延，在未考量周全前建議先維持原案。

主席

劉經文代表。

### 劉經文代表(陳建志代表代理人)

以主席曾經去過的那瑪夏來說，有二個問題，一個是簡計的問題，一個是準不準一、二級的問題，拆開來說，請大家先想一想，第三、四級去已經很困難了，去了那邊為了符合所有需求，最後 2 個小時還

要被扣錢，這樣有點怪怪的，是不是可以先想這件事？再來想一、二級要不要加？

**主席**

簡醫師。

**簡志成代表**

若照原文不修訂，萬一一、二級地區有需求反而動不了，因已經寫死只能 6 小時，若修為必要時而且要經全聯會及業務組協調，是否真的有需求及量，若是拖延為了領論次，全聯會及業務組也不會同意，不同意就沒有這件事，若沒有此但書，一旦有需求則於法無據。於法有據的情況下，有特殊需求可以提出。

**主席**

所以這是一、二級，剛才表達意見的是東區的翠麗，其他區覺得如何？

**高屏業務組施怡如視察**

高屏的部分對三、四級規範第 7 小時以上達到某個人次以上才按原來的。

**主席**

若一、二級開放也按原來的嗎？

**高屏業務組施怡如視察**

建議在方案內規範，權責不要由分區來做個別審核，既然是全國性的計畫，應該有統一的原則，而非由各分區做判定。

**主席**

個案會有困擾。

**簡志成代表**

會有因地制宜的情況，有些沒很偏有些沒有這麼偏，有很多狀況，如果都是統一一個標準，是要拿困難的做標準還是會簡單的做標準？所以保留一個彈性，讓有需求的申請，若不需要待 9 個小時就不會申請要符待 9 個小時，。

**林鎰麟代表**

我們不反對用人數來設限，這關卡有卡 2 個，一個是全聯會的審查，一個是健保署的審查，所以就牙醫師本身若醫師一診只有看 1 個，上午看 1 個，下午看 1 個，若來申請，我們也不會給他過。我舉個例子，假設一診可以看到 10 個，一定有相當多的病人被拒絕，因為一診不可能看那麼多，給他充餘的時間，若醫師願意付出，這只是一個機會，至於有沒有也不是看不到，看數據就知道，一診可以看到 10 個，若希望可以開更多診，為什麼不樂觀其成？這是有嚴格的把關，有二個關卡。

**主席**

現在討論再延長時段應該是夜間部分，6 點以後視為夜診，是不是要再延長部分，條文是說全聯會跟保險人(分區業務組)共同審查，但是出席的分區同仁都面有難色，可能過去執行的紀錄也不是很好，分區審核上也很為難，林醫師所說早上、中午及夜診各 1 個病人沒有臉提出夜診申請恐怕也只是極端的例子；想知道全聯會審核的標準是什麼？

**林鎰麟代表**

每個開診時段至少要 6 個鐘頭這樣，例如早上下午 6 個鐘頭，有必要我們再延長。

**主席**

這邊要列入會議紀錄。

**林鎰麟代表**

列入紀錄沒有問題，我們的審查標準大概是這樣。

**主席**

有些開診時段病人沒幾個，5、6 人還算相對多的。

**林鎰麟代表**

主席看到的是黑暗面。

**簡志成代表**

想請問一下，醫缺看重的方向是服務量還是實際需求？如果是實際

需求面，排除困難我們也要去；如果看中服務量，沒有效益的地點我們就不去。這個部份我們要怎麼拿捏可能要再考慮，不然以醫師正常心態來說，我去那邊坐一天雖然有論次費用可以領，還不如在診所裡隨便看幾個病人，醫缺還是有他的使命感在。

**主席**

如果每位醫師都跟簡醫師一樣有使命感就很好。

**簡志成代表**

全聯會自己有內部審查把關的機制。

**主席**

所以我們想知道全聯會衡量的標準是什麼，因為同儕間總是有衡量的基準在，想知道那個標準訂在哪裡，是不是可以同時考慮服務量跟當地需求。

**林鎰麟代表**

我們也會看服務量，簡醫師的理念更崇高，然而現實面我們還是要訂一下規則。

**主席**

大家意見都不一致時如果都給保險人審查，我們也很為難；如果審查門檻大家都同意，健保署也不會有太大意見，現在兩位代表講得似乎是兩個極端。

**林鎰麟代表**

代表以外我們還有主委，請主委講個話。

**徐邦賢代表**

我大概知道兩造關心的點在哪裡；巡迴醫療要請醫師走出診所提供服務已經相對辛苦，我們希望還是有這個機會；林醫師本身是醫缺小組召集人，內部會有充分討論，討論後有共識如果要再修正，我們會請大家表示意見。

**主席**

好，剛剛主委表示林醫師意見勝出，必要時諮詢簡醫師意見。

**林鎰麟代表**

主席這樣是挑撥我們，我們的心都是一樣的。

**主席**

我也以為兩位是一樣的，不過意見恰恰相反；這樣決定門檻訂在哪裡我們也不知道，到分區那邊也很難審；如果只有一個病人說晚上要來看診，分區業務組是不是就要同意？

**林鎰麟代表**

只要我有呼吸的一天，一診只看 1 個、2 個、3 個病人我都不會讓它通過的。

**主席**

這邊差別很大，難怪分區很困擾；簡醫師認為每個病人都很重要，林醫師說不行。

### **簡志成代表**

違規小組尊重醫缺林召集人的意見，大概是這樣。

### **主席**

好，經過討論過程後我們知道沒辦法這麼理想化；這一點既然有一定審核門檻在，我們姑且先通過，暫行 1 年後如果不如預期，再滾動式修正。

### **林鎰麟代表**

門檻要現在決定嗎？

### **主席**

現在要先確定要不要設門檻，門檻設在哪裡全聯會可以回去想一想。

### **林鎰麟代表**

我同意要加門檻。

### **主席**

要加門檻以及門檻要寫進計畫內，門檻怎麼設這邊可以先不提，會後以林醫師所提為準。這些會放在實錄裡，我們就先這樣。

### **高屏業務組施怡如視察**

建議一下，請問三四級地區是否也可以把門檻都寫進去？

**主席**

好，都寫進去，偏鄉我們尊重召集人意見。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

請問醫療公平性跟可近性，在偏鄉裡面如果兩者有衝突需做取捨，要以誰為優先？

**主席**

要一併考量。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

如果三、四級地區考慮公平性優先的話，給民眾車錢讓他們出來看診還更方便；這中間有太多問題要做權衡，一定要訂三、四級門檻這點可能要跟民眾講清楚。

**主席**

牙科除了緊急狀況外，大部分為約診。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

我們去三、四級地區就是為了緊急需求；例如那瑪夏鄉，我們已經做到每個星期至少有 3 天開診。

**主席**

除那瑪夏鄉以外，牙醫師為了緊急需求能多久去一次？

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**



我們一直朝那個方向努力。新竹以及很多地方都是這樣，如果三、四級地區追求可近性為優先，公平性似乎一定會被忽略掉。

**主席**

民眾這方面配合很重要，大家已經這麼盡心盡力了，不能無限上綱。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

一定要在兩者間找到平衡，如果一、二級地區可以自己找到交通工具，公平性可以增加考慮程度；但是三、四級如果也把公平性的比重拉高，可近性壓低的話

**主席**

不能說壓低可近性，應該是說偏鄉民眾一樣有工作需求，如果認為看牙齒很重要，他們應該要有取捨；醫師提供服務也是有限度的；民眾要自己考慮，不可能無限上綱。還是要請林醫師想一下門檻的部分，請繼續下一段。

**醫務管理組李佩純科員**

請接討 8-34 頁，巡迴計畫晚上 6 點以後夜診論次費用比照假日計算，我們比照前面討論內容通過；接下來討 8-37 一、二級地區巡迴計畫全年服務時數經審查通過得由 6 小時延長至 9 小時，也請牙醫全聯會攜回思考後訂出門檻放到計畫中；討 8-40 針對成立滿 2 年社區醫療站及巡迴點部分，健保署除酌修文字外，同意全聯會建議，由

醫療團提出書面改善說明。

## **主席**

以上修訂內容代表是否有意見?無意見就照案通過。

## **醫務管理組李佩純科員**

同頁面巡迴計畫品質獎勵費用一節，達成績辦指標在巡迴點總服務天數及人數部分均未達標，請大家討論 110 年是否繼續試辦品質獎勵費用，8-44 部分提到總服務天數未達標，未來是否繼續試辦，請討論。

## **林鎰麟代表**

今年因為疫情關係有些指標無法達標，全聯會也只能蓋括承受；獎勵方案精神我們希望繼續保留，內容部分希望能有空間攜回全聯會討論，真正鼓勵到作醫缺的牙醫師。

## **醫務管理組韓佩軒專門委員**

您的意思是 110 年計畫內容要回去修改嗎?

## **林鎰麟代表**

希望 110 年度繼續沿用，我們想修改的部分想先跟署裡溝通後，提在 111 年的版本裡。

## **醫務管理組李佩純科員**

如果 110 年是要續觀察一年的話，那就只修正年度部分，其餘不變

動。

## **主席**

如果兩年評估起來都沒達標，疫情何時結束也不確定，台灣疫情又相對不嚴重，如果再觀察一年仍未能達到預期目標，我們就停辦。

## **劉經文代表(陳建志代表代理人)**

報告主席，醫缺受疫情影響是最嚴重的，很多學校就不開放給醫師設巡迴點了，有的甚至直接關掉。所以林醫師才會說今年先續辦，再觀察一年後再議。

## **林鎰麟代表**

提供主席數字參考：設在學校的巡迴點大概都停辦 3 個月，大約是一季的量。

## **主席**

好，因為疫情關係先維持原條文，再觀察一年。

## **醫務管理組李佩純科員**

頁次討 8-51 頁，不列入品質保證保留款部分僅修訂年度。討 8-60 頁針對執業計畫診所無故休診 2 星期或請假休診 2 個月以上者得中止其執業，考慮到無故休診狀況可能時間未到 2 星期但是多次發生，比照西醫及中醫醫不足方案，增加無故休診 2 次以上者，得由全聯會轉請分區業務組或分區業務組自行核定中止執業計畫。接下來頁

次討 8-63 部分健保署只有修改年度，頁次討 8-64 執業計畫施行地區全聯會無修訂意見，健保署因當地已有牙醫診所，建議刪除嘉義番路鄉與新竹北埔鄉，新增雲林二崙鄉及四湖鄉、高雄內門鄉、花蓮富里鄉及台東卑南鄉，其中二崙、內門跟卑南鄉因該鄉鎮已無牙醫診所，四湖跟富里鄉僅衛生所有牙醫師執登，健保署比照新北市烏來區、宜蘭大同及南澳鄉，新增執業鄉鎮。

**主席**

代表有沒有意見？沒意見就通過。

**醫務管理組李佩純科員**

討 8-65 頁附件 2 巡迴計畫施行地區，牙醫全聯會建議新增高樹鄉新南村、林邊鄉崎峰村及恆春鎮水泉里，新增原因多為當地多經濟弱勢家庭或隔代教養等家長不便帶小孩至牙醫診所就診，本署考量當地尚有其他牙醫診所且車程不遠，爰不同意新增。

**主席**

干代表剛剛似乎有意見，高樹鄉有 3 間牙醫診所，林邊有 4 間，恆春有 5 間，請發言。

**干文男代表**

那個鄉鎮有幾家牙醫診所要考慮到實際路況跟距離來算，有些地方就算有公車，一天也只有 1-2 班，跟台北市有捷運公車的不能比，

要考慮到醫療公平性。我在那邊當兵的，最近 1 個月也到高雄大樹鄉、屏東內埔那邊去走走，實在是很落伍，尤其牙痛沒辦法一下就解決，希望能開放巡迴醫療，對整體居民比較好，我建議可以開放，謝謝。

### **主席**

行政科主張當地有牙醫診所，距離上開車也是幾分鐘就到了。

### **干文男代表**

開車幾分鐘的路程要老人小孩走路也蠻遠的，就算是 4 公里、6 公里走路也很遠。

### **主席**

偏鄉如果都用走的應該也很難。

### **徐邦賢代表**

謝謝主席與干代表的支持，我們提出來不是只為這三點，主要是這三所學校的校長及家長提出要求，希望能有牙醫師過去那邊服務；第一線醫師聽到之後忠實傳達訊息；這些點也不是在該鄉的中心，都是在邊陲地帶，用 google 也很難衡量，所以在這邊一起提出來，希望各位能給予支持。

### **主席**

請問行政科：如果這邊開放的話，會不會各地標準不一致？

## 醫務管理組韓佩軒專門委員

不同意主要原因是全聯會訴求家長無法帶小孩去牙醫診所，當地已有其他牙醫診所的前提下，是不是由校方跟當地牙醫診所協調就近支援，而非額外送入牙醫師提供服務？也誠如主席提示，如果家長無法帶小孩去看牙醫也算醫療不足的定義，現在很多地區也都會變成醫療不足區，這樣恐怕要再討論。

## 林鎰麟代表

補充說明一下：這三個地區齲齒率都很高，就像 3 場大火一樣；牙醫師就像消防員，看到火就要撲滅，不會分醫缺或非醫缺。就這 3 個地方來說，如果直接醫療介入雖然相對昂貴，但是考量人數不多，如果用專案方式，齲齒率控制住之後就可以撤出；不會耗費到很多醫療資源，或許也是個選項。

## 干文男代表

請問一下車程 15-18 分鐘這邊寫距離 9-10 公里，以每個人腳程 3-4 公里來說，沒有交通工具就要走 2-3 個鐘頭，考慮到偏遠地區老人小孩實際交通困難，牙科診所多半在該鄉鎮最中間，偏僻地方比較難到達，如果設巡迴點才能真正服務到偏鄉，達到可近性跟公平性。

## 吳科屏代表

其實我們理解偏鄉地區醫療資源相對缺乏，但是逕然開放對其他地

區真的難以交代；國健署跟地方政府在齙齒防治上都有些公務預算，也許可以請醫師公會這邊幫忙媒合，跟屏東縣衛生局這邊用專案方式介入處理。

### **干文男代表**

地方政府如果有預算，考慮到選票問題，要用在單一鄉鎮恐怕更困難，除非是國健署特別指定；我們如果做得到希望能再佛心一點，成就他們。

### **黃純德代表**

我了解花蓮林理事長跟干代表的看法，偏鄉的交通距離真的是問題，尤其偏鄉幾乎只剩下老人小孩，會騎摩托車就算會騎也很危險，我們在偏鄉開車都怕得要命，偏鄉部分這邊雖然只提 3 個地方，考慮到台灣這樣的鄉鎮不在少數，我以前服務偏鄉時另一個病人容易出來看醫師的時間除了晚上以外就是清早，早上 6、7 點看完牙醫後再上山下田，敝人了解理事長提案的用意，也相當支持。

### **主席**

謝謝黃教授意見；後面有附幾個小學的來文，給屏東縣牙醫師公會函文提到隔代教養、祖父母接送等，也提到希望能有定期口腔檢查及保健服務；如果是這樣，偏鄉小學是不是都該比照？不只是屏東，很多偏鄉小學都會遇到一樣的問題。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

與大家分享田寮國中巡迴點服務經驗，該國中附近有三間國小有巡迴點服務，預期國中生應可自行前往，然而與大家所想不同，家長沒有同意，學校也不敢負責任，只好由我們提供服務，幸運的是田寮地區沒有牙醫師，所以可以去提供服務，請大家試想有牙醫師是幸運或未有牙醫師是幸運？

**主席**

若我們到高樹、林邊及恆春的小學去提供巡迴醫療，當地的診所會不會生氣？會不會影響當地診所的營運而歇業，最後都變成無牙醫鄉？

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

我曾經在高樹地區衛生所實習家醫科很長一段時間，20幾年前牙科診所只有三家，過了這麼多年的時間，現在也只有三家，牙科診所都在衛生所旁邊，去到任何一個村都很困難。

**主席**

送進去當然很好，最好到家中服務，最絕對的公平是出不來就去家裡幫他做牙齒，但這是做不到的事情，學校是一個集中點，到學校也包含治療，不是只有塗氟，這是可以考慮，但要考量這些偏鄉本來市場就是小，當地的人少，好不容易有牙醫診所在當地營運，看到的是當地僅有的人數，巡迴醫療若進去，把小朋友都集中在學校，由外面



的醫師來治療，會不會影響要僅存的牙醫診所，因為病人數變少，導致陸續關門。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

就屏東的立場其實是不會，會先協調當地的診所。

**主席**

能夠協調當地是最好，就由當地診所去巡迴醫療。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

屏東是有在協商的，這是我們敢保證的。

**主席**

所以我們應該是協調當地的醫師去學校集中治療，而不是再從都會再派醫師去。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

屏東確實是有這樣配對的。

**主席**

那應該就開放屏東的開業醫去做巡迴醫療，這就比較合理，因為那些醫師之所以留下來是看到他們還可以有這些病人，不能讓外面的人進去後，將僅存的需求滿足，那原來的醫師就待不下去了。

**劉經文代表(陳建志代表代理人)**

屏東之前的模式都是自己協調服務，人數不足的才會對外徵求，這

是我們可以放心的。

**主席**

若此機制建立就比較可以接受，允許我們屏東那三個鄉當地的診所可以同意外展到學校去，而不只是在診所，在診所對那些隔代教養的家庭要去就醫是很遠的，但同時不能逼得那些人(開業醫)再走，這是一定要去考慮的，而且巡迴醫療不可能像當地診所每天都在當地服務，一個月去一次，把每天在當地服務的人趕走，又該如何是好，反而引起更大問題。剛才的委員及黃教授，我們是不是同意當地的診所可以外展出去?協調當地的診所的牙醫師外展去學校?

劉經文代表

以他們為主。

**主席**

對，以他們為主，若真的不足大家同意時才去補。

劉經文代表(陳建志代表代理人)

屏東縣牙醫師他們會去想辦法，目前他們的機制是這樣。

**主席**

如果這樣是比較好的考慮。

干文男代表

這是比較周延的考慮。屏東縣裡面他們要去負責環境及醫師的調度

**主席**

而且優先當地的醫師先去。

**于文男代表**

這三個地方開放，由當地診所負責，當地沒有再外補。

**主席**

也要當地的診所同意，不要弄得到時候已經沒有幾間診所，生意也不是很好，外面診所再去，當地診所只好關起來。這樣可以嗎？林醫師可以嗎？

**林鎰麟代表**

我同意。

**主席**

我們把這個精神寫進去。繼續往下個議題。

**醫務管理組李佩純科員**

討 8-68 頁附件 41 執業計畫申請書部分，牙醫全聯會建議新增預計執業地點及巡迴地區欄位，附件 4-3 巡迴計畫申請書牙醫全聯會建議新增巡迴地址欄位，新增這些欄位是為了評估新申請執業計畫的診所與巡迴醫療團新申請巡迴點當地執業狀況，此部分同意新增。

**主席**

同意就快速通過，後面還有嗎？

## 醫務管理組李佩純科員

後面沒有了。

## 主席

這題目就討論到這補裡，若無其他意見，進入第 9 案。

### 討論事項第三案(原列第九案):「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

## 醫務管理組劉林義專門委員

請大家翻到臨 9-25 頁對照表，第 3 點預算來源，依全聯會意見修正 110 年全年提撥 8 千萬，按季提撥 2 千萬。實施時程為 110 年。第 5 點實施的對象，酌修為當季該基層診所開業期間每月的醫療費用第一次暫付，參考全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 7 條，各保險醫事服務機構依規定期限申報者，依期限即電子資料申報於十五日內、書面申報者於三十日內者，都會給予暫付，此部分把條文寫清楚一點。鄉鎮部分，依全聯會修改的第三點第 6 個，名單為二年，109 年名單延用並加入 110 年的適用鄉鎮。獎勵方式部分，全聯會把 4% 提升到 5%，我們依照全聯會建議修改。不納入加計點數的部分，同意增列第 6 項，行政協助及戒煙要排除在獎勵點數之外。有關不予核發部分，同意修訂年度，另全聯會增列第 6 項，未執行牙特計畫者，當季該院所的專任醫師表沒有申報牙特案件的

話，則當季不予獎勵，此部分尊重全聯會建議，以上。

**主席**

以上都 OK 嗎？OK。

**翁德育代表**

上一次提到牙特部分認醫師，當時討論當季該院所專任醫師未申報會不會太嚴格，是否以當季該院未申報，不要認醫師？我們以前用年是 OK，但現在用季，有很多人反映，用季的話很多醫師當季沒有看到身障的病人，是否以院所來做核算？

**醫務管理組洪于淇科長**

所以文字改該院？把專任醫師劃掉？

**翁德育代表**

對，以該院計算。

**主席**

以上重要的三項提案都通過了，再來是討論事項第十案審查的部分。

**徐邦賢代表**

署後來有同意我們的修訂，所以此部分在會議通過就可以馬上加入審查注意事項。

**討論事項第四案(原列第十案)：有關「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」請予以保留案。

**主席**

第十案審查的部分請說明一下。

**醫務管理組劉林義專門委員**

有關牙醫醫療費用審查注意事項內附件 4，根據電腦檔案分析指標及各分會執行專案審查後，有發現異常，並經審查分會通報的部分，牙全會的意見為本會經內部討論，因還是有依照 20 項指標在執行，所以建議保留。本組尊重牙全會的意見。

**主席**

第 10 案討論依照牙全會的意見通過。盤點剩下的部分，還剩下 0-6 歲幼兒口腔健康照護試辦計畫、特殊醫療服務計畫、醫院牙科門診量下降特別獎勵及品保款等 4 個再找時間討論。

**報告事項第七案：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。**

**醫務管理組劉林義專門委員**

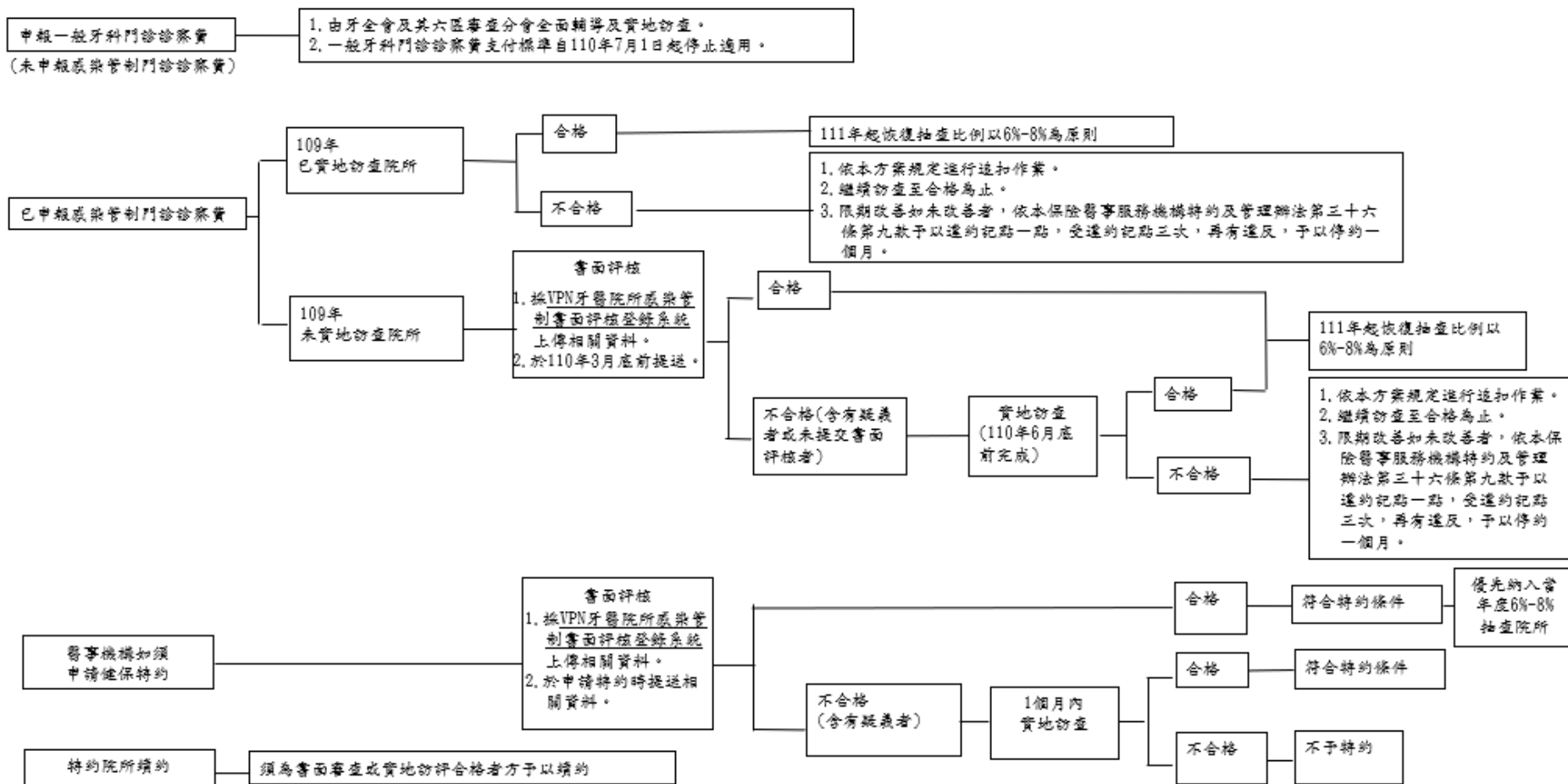
本案是要放在 RAP 檢核的部分不曉得急不急？如果在這次會議通過就可以在 3 月實施，如果是在下次會議通過就會在 7 月實施。

主席

今天就開到這裡。謝謝大家。

110年牙醫門診加強感染管制實施方案 - 全面訪查架構(草案)

一、院所



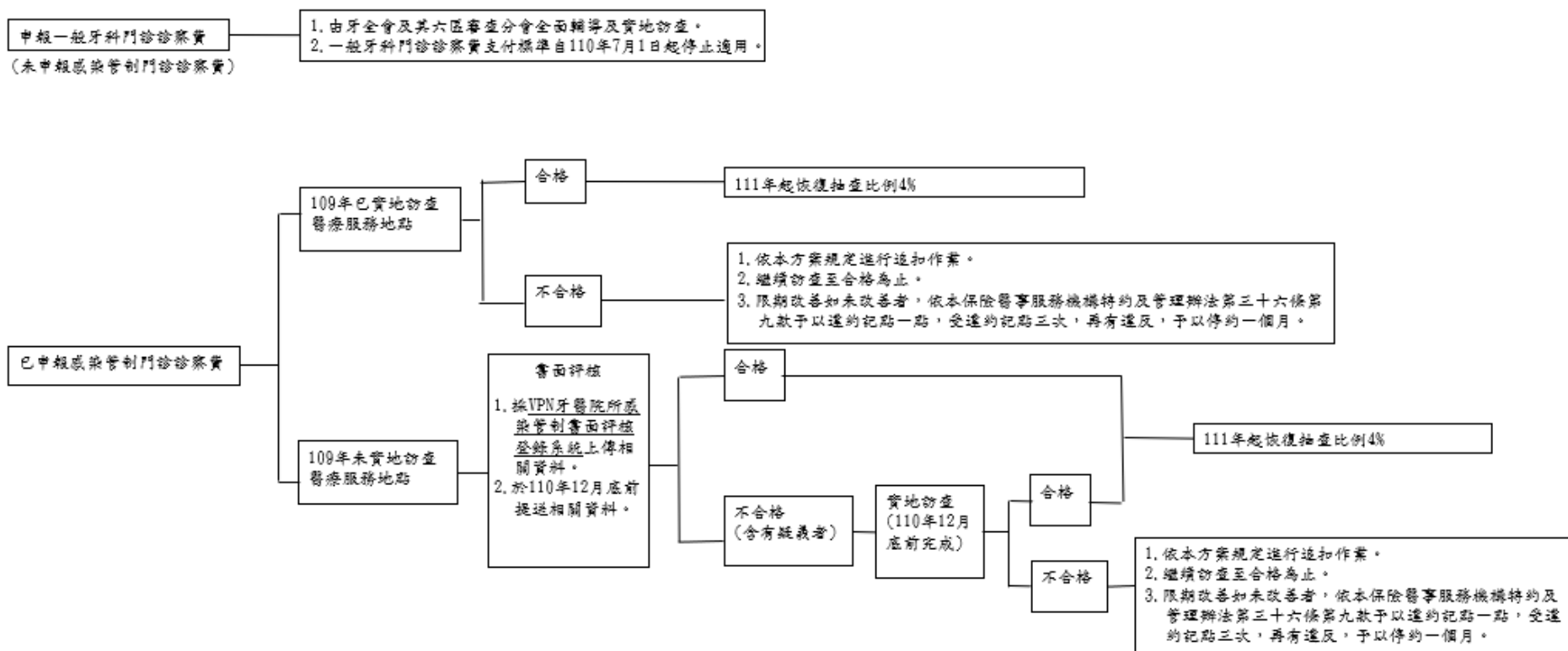
※注意事項：不合格者須限期於續約前改善，仍未改善則予以記點不續約。



## 110年牙醫門診加強感染管制實施方案 - 全面訪查架構(草案)

### 二、牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務地點

※院所經書面評核審查合格者，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。



註：社區醫療站、矯正機關等外展地點，比照院所之審查方式；巡迴點(如學校、活動中心、照護機構等等)，硬體設備部分資料只須檢送一次，而軟體部分則依醫師別分別檢送資料。