

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額  
110年第3次研商議事會議紀錄

時間：110年11月23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)(\*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表斯弘	王斯弘	陳代表亮光	陳亮光*
何代表世章	何世章*	陳代表建志	陳建志
吳代表享穆	吳享穆	陳代表彥廷	陳彥廷
吳代表迪	吳迪	陳代表淑華	陳淑華
吳代表明彥	吳明彥	陳代表清家	陳清家*
周代表公亮	周公亮	陳代表義聰	陳義聰*
林代表敬修	林敬修	曾代表士哲	曾士哲
林代表鎰麟	林鎰麟	黃代表克忠	黃克忠
邱代表建強	邱建強*	黃代表純德	黃純德
邱代表昶達	邱昶達	黃代表智嘉	黃智嘉
徐代表邦賢	徐邦賢	劉代表守仁	劉守仁*
翁代表德育	翁德育	蔡代表松柏	蔡松柏
張代表禹斌	張禹斌	賴代表博司	賴博司*
張代表維仁	張維仁*	謝代表偉明	謝偉明
陳代表少卿	陳少卿*	簡代表志成	簡志成
陳代表文琴	陳文琴	蘇代表主榮	蘇主榮*

列席單位及人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

衛生福利部全民健康保險會  
中華民國牙醫師公會全聯會

中華民國藥師公會全聯會  
台灣醫院協會  
中華民國醫院牙科協會  
本署臺北業務組

本署北區業務組  
本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組  
本署東區業務組

本署財務組

本署醫審及藥材組

本署違規查處室

本署資訊組

本署企劃組

本署醫務管理組

陳燕鈴、陳思縝

楊文甫、連新傑、邵格蘊、  
潘佩筠、許家禎、朱智華、  
施奕含

(請假)

許雅淇、顏正婷、吳安琪\*

(請假)

楊淑娟\*、邱玲玉\*、徐慕容\*  
林毓芬\*、張麗玲\*、馬愛華\*、  
王瑞慈\*、黃聖陞\*

蔡秀幸\*、吳煥如\*、黃文雯\*

蘇彥秀\*、林淑惠\*、戴秀容\*、  
陳淑英\*、張念賓\*、陳瑩霓\*

林純美\*、丁增輝\*、賴文琳\*、  
高宜聲\*

李金秀\*、張慧娟\*、黃皓綱\*

劉翠麗\*、陳珮毓\*

李佩耿

宋瑞蛟、林惠瑩、林琬倩

林聖儒

吳少庾

王宗曦\*、林宇泰

游慧真、韓佩軒、張作貞、  
李雨育、劉林義、陳依婕、  
呂姿曄、洪于淇、何慧蓉、  
王智廣、李佩純、蔡孟芸

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

## 參、報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：下列 3 項繼續列管，餘解除列管。

- 一、序號 1：修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」。
- 二、序號 2：符合感染管制之非健保特約院所識別標章、110 年牙醫院所感染管制書面評核作業及特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務書面評核資料提送方式。
- 三、序號 3：支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用日期案。

### 第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：因疫情趨緩，本(110)年牙醫門診加強感染管制方案即日起恢復實地訪查作業。

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年第 2 季牙醫門診總額點值結算結果。

決定：

- 一、110 年第 2 季各分區一般服務點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	1.33997556	1.32115720	1.23184339	1.30257215	1.22485417	1.49100965	1.24600804
平均點值	1.25479006	1.25720004	1.21001713	1.27180502	1.20384091	1.43820217	1.24470312

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

- 三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、一般服務預算以近 3 年(107-109 年)各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第 1 季 23.869908%、第 2 季 24.384747%、第 3 季 25.928519%、第 4 季 25.816826%。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、會議時間如下，請各代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	3 月 1 日 星期二 (下午)	5 月 24 日 星期二 (下午)	8 月 23 日 星期二 (下午)	11 月 22 日 星期二 (下午)	12 月 6 日 星期二 (下午)

肆、討論事項

第一案 提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)

案由：110 年總額分配及其結算方式調整案，請討論。

決議：

- 一、本案通過「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案，移撥 1 億元給醫院之牙科部門。
- 二、預算來源由一般服務移撥款之經費剩餘款支應。
- 三、110 年地區分配預算配合修訂，並報健保會備查。

第二案

提案單位：牙全會

案由：111 年度牙醫門診總額地區分配預算。

決議：本案通過，重點如下：

111 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用移撥，12.324 億元。用於下列 6 個項目：

- 一、 「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元。
- 二、 「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元。
- 三、 「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元。
- 四、 「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元。
- 五、 「牙周病統合治療方案」分配 8.724 億元。
- 六、 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 109 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

### 第三案

提案單位：牙全會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、 同意新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，支付點數 700 點，惟請牙全會明訂高風險疾病患者認定之操作型定義於支付標準中，另同意新增「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目，每次支付點數 500 點。
- 二、 同意符合牙醫門診加強感染管制實施方案之「山地離島地區」牙科門診診察費新增包含「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」山地離島地區之門診及巡迴案件。
- 三、 同意第三部通則八「醫院夜間急診案件」特定處置費增列「職災代辦案件」亦得加計 50%。
- 四、 同意修訂 91001C「牙周病緊急處置」之名稱及第五章「牙周病統合治療方案」通則二醫師資格，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，由「醫師三年內不得有視同……違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「醫師所執業登記之醫事機構二年內未曾涉及受停約或終止特約處分」。

五、92093B「牙醫急症處置」支付規範新增「限牙醫師申報」案，牙全會撤案。

#### 第四案

提案單位：牙全會

案由：修訂「111 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」（下稱牙特）案。

決議：

- 一、同意新增「先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務」之醫院及醫師資格審查規範，請牙全會會後提供計畫修訂之文字。
- 二、同意院所及醫師資格由「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「(醫師所服務之)醫事機構須二年內未曾涉及受停約或終止特約處分」。
- 三、有關本署建議修正醫療團支援服務機構之類型相關規定，牙全會考量開放後之人力及財務衝擊，爰本項保留。
- 四、同意配合 110 年新增之「0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」(下稱 0 至 6 歲計畫)於費用支付及申報規定增列不得申報該計畫醫令，另若病人同時符合本計畫及 0 至 6 歲計畫之收案疑義，考量醫師可能非同時具備 2 項計畫資格，爰不規範同時符合兩項計畫者應由本計畫收案。
- 五、原則同意 P30002「氟化物防齲處理」申報規定增列「90 天內不得再申報 92072C『口乾症塗氟』、92051B『塗氟』」，惟為配合本次會議通過之項目增列「高齲齒率患者氟化物治療」及「青少年齲齒氟化物治療」併同修訂相關規定，爰本項暫保留，俟牙全會盤點各計畫相關項目後統一提會修訂。
- 六、牙全會所提醫療團牙醫醫療服務所遇健保卡登錄之特殊情況，考量保險對象就醫應繳驗健保卡，爰仍維持現行就醫序號「C001」，不額外增列就醫序號特定代碼。

#### 第五案

提案單位：牙全會

案由：修訂「111 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改

善方案」。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、本方案執業計畫診所及巡迴計畫醫療團皆得提供「全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」服務，惟執行醫師須參與該計畫。

二、本方案執業計畫診所門診服務及巡迴計畫醫療團社區醫療站執行「全民健康保險牙醫門診總額特殊療服務計畫」服務，服務對象新增腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者。

三、執業計畫-施行地區：

(一) 刪除雲林縣四湖鄉。

(二) 新增嘉義縣番路鄉(1級地區)、台東縣大武鄉(1級地區)。

四、巡迴計畫：

(一) 「每位醫師每月巡迴醫療服務診次」之服務量管控：由原總診次不超過16次改為平日診次不超過16次。

(二) 成立滿二年之社區醫療站及巡迴點：

1. 「每月平均每診次就醫人次」服務量管控之統計方式：由醫師別改為巡迴地點別。

2. 未達服務量管控標準之巡迴地點，經醫療團提出改善說明後，如再連續三個月仍未達標，請牙醫全聯會評估下年度得否繼續於該巡迴地點提供巡迴醫療服務。

(三) 續辦巡迴計畫品質獎勵項目。

(四) 施行地區新增「宜蘭縣冬山鄉(得安村、大進村)」、「新竹縣新埔鎮」及「台南市將軍區」(皆1級地區)。

第六案

提案單位：牙全會

案由：修訂「111年全民健康保險牙醫門診總額急診醫療不足區獎勵試辦計畫」案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、明確規範醫療團於牙醫急診試辦中心設立地點，為設有急診部門但未有夜間牙科急診之醫院方為計畫之牙醫急診試辦中心。
- 二、比照牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，修訂排班醫師異動規範，如未依期限送件，當年度累積達3次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
- 三、新增論次支付點數之值班待診費用，每診次1,000點，申報本項不得再申報P22201、P22202。

#### 第七案

提案單位：牙全會

案由：修訂「111年全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、同意牙醫師申請資格由「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「醫師所服務之醫事機構二年內未曾涉及受停約或終止特約處分」。
- 二、同意修訂退場機制：
  - (一) 修訂符合退場條件之醫師，不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目，且醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算。
  - (二) 為確保方案之執行可提供病人完整之照護服務，爰醫師退場機制由「申報複診治療次數未達3次之個案數比率>33.33%」改寫為「申報複診治療次數達3次之<33.33%」。

#### 第八案

提案單位：牙全會

案由：有關「111年全民健康保險牙醫門診總額12-18歲青少年口腔健康照護試辦計畫」案。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、配合專款名稱，本項計畫名稱為「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」。



二、收案對象為 12 歲(含)至 18 歲(含)經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、填補、因齲齒之缺牙者。請牙全會會後提供符合前述收案條件之診斷碼。

三、支付標準：

(一) 青少年齲齒控制照護處置(300 點)：施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，每 90 天限申報 1 次。

(二) 青少年齲齒氟化物治療(500 點)：實施齲前白斑患者氟化物治療，每 90 天限申報 1 次。

四、本計畫非 12-18 歲青少年例行口腔篩檢，而係提供齲前白斑或牙齦炎等狀況之青少年早期介入治療，避免疾病發展及惡化，請牙全會向會員說明本方案之規劃目的。

#### 第九案

提案單位：牙全會

案由：研擬 111 年成長項目「提升假日就醫可近性」規劃內容案。

決議：請牙全會提供本案之具體規劃，以提至健保會報告。

#### 第十案

提案單位：牙全會

案由：修訂「111 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」。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、預算來源，自 111 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、獎勵方式為分區中點值最低之分區(臺北分區)，屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在 50 萬點(含)以下之點數，加計 6%；不屬前項分區且屬於實施對象之每位牙醫師，其點數加計 5%。

三、基層診所不予核發之條件修訂如下：

(一) 當季該診所未申報院所內牙特案件數由 1 件修訂為 2 件(含)以上者。

(二) 增列未執行口腔癌篩檢者。

第十一案

提案單位：牙全會

案由：修訂 111 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」。

決議：本案保留，請牙全會參採健保會委員之建議，研議將牙醫院所專科化及專案計畫之參與指標納入政策獎勵之可行性，並提高品保款之鑑別度後，再提會討論。

伍、散會：18 時 10 分。

陸、與會人員發言摘要詳附件。

## 全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議

## 110 年第 3 次會議與會人員發言摘要

## 本會上次會議紀錄確認

主席

理事長、各位委員、醫管組組長跟各位同仁，還有分區業務組同仁大家午安。今天是牙醫門診總額第 3 次研商議事會議，非常謝謝大家撥冗參加，今天的視訊代表的人數也滿多的，第一位是專家學者的何世章何委員在嗎？你好。再來是陳義聰陳委員，付費者代表劉守仁劉委員，謝謝。付費者代表賴博司委員，好，心口司的陳技正少卿？然後花東的審查主委陳清家委員。南區的亮光醫師，藥師公會的邱建強委員，中華牙醫學會張維仁委員，區域醫院的蘇主榮蘇院長。另這次有一位新代表，是全聯會的盧彥丞代表更換為曾士哲代表，歡迎你，謝謝。現在會議開始，陳理事長有沒有什麼一開始要跟我們說的？

陳建志代表

沒有，我們距離越來越近。

主席

真的嗎？這個桌子好像今天比較近，可能是要跟後排保持適當距離，所以我們要近一點。OK，好，如果沒有什麼特別的事情，我們就進入今天會議的議程。首先，先請各位代表看一下上次的會議紀錄，從第 2 頁一直到第 9 頁，好，各位委員看一下上次會議紀錄，有沒有什麼要更動的地方？好，那就暫時確認，如果會議中大家對於會議的紀錄有任何更動，就麻煩提出來，接下來進入報告事項第一案。

報告事項第一案：

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

主席

好，謝謝，這是歷次會議決定的辦理情形，大家有沒有意見，有沒有要補充的？這裡其實有兩個重點，一個是感控，感控這一項應該要繼續列管，因為疫情，所以實地訪查都暫停，包括外展也暫停，包括停

業，復業後沒有上傳書面資料的也比照新特約，還有就是不合格的複查等。

徐邦賢代表

這個地方我們簡要說明一下。我請我們感控的召集人楊醫師。

主席

好，楊醫師，好，請。

楊文甫醫師

主席你好，我在這邊簡單的報告一下，基本上大家可以看剛剛會前發放的書面資料，他分為兩個部分，一個是沒有在3月31日前上傳的院所總共有18家，其中台北市9家、北區3家、中區1家、南區1家、高屏4家，東區沒有，大家可以看到，18家總共有13家是歇業、3家合格，2家不合格，不合格的會持續追蹤輔導。

大家可以另外再看，有上傳書評資料的部分，初評有15家不合格，其中我們已經在10月重啟實地訪查，這邊有個list，大家可以看，我說明一下這是其中第8家、第9家所謂的輔導合格，那是因為那兩區分別是北區1家、中區1家，輔導是業務組沒有派人去跟著看，會由分部會分區幹部去輔導，所以就定義上來講他不算是真正的完成實訪，這邊跟各位說明一下。

另外一個比較特別的就是序號1的台北分區這一家，他其實是東莒衛生所，他因為是公家單位又沒有什麼設施，聽說是沒有經費，後來已經好像有請那邊的衛生所編列預算，想辦法解決這個問題，因為這個問題實在不是我們牙醫單方面可以解決的。以上一個簡單的報告，看看大家有沒有什麼問題。

主席

謝謝楊醫師，現在看起來如果輔導合格的當成還不完備的話，前後加起來一共6家為不合格，可是多數不合格或是不上傳的診所都歇業了，如果他將來復業的話就視同新特約院所？

楊文甫醫師

我補充一下，聽說台北分區現在重啟實訪以後，所有的新院所，包括

他們換負責人、換約或真的新開的，台北分區現在都會去看。

主席

對，因為這些院所算是沒送感管書評資料，也不知道狀況。

徐邦賢代表

報告主席，六區都是。

主席

都是，理論上這個應該要一樣。

徐邦賢代表

比照新開業。

主席

比照新開業，不管院所它現在是歇業或者是停業中，如果再重新復業成為特約院所就要視同新開業，理論上也是要送書審資料，但是一定要實訪，非常謝謝這一項的補充。另外，第五項是牙周病統合治療方案，因為去年一整年有COVID-19，所以去年是沒有排除的，故退場的醫師，這也是疫情的影響，沒有意見。另外現在要退場都看有沒有完成三階，那現在如果就最新的資料，現在變成完成三階的到最近一年，就今年1到9月只有6成，是下降的，可能也受疫情的影響。我要請教這一項如果要解除列管，這一些沒有完成三階的，現在陸續恢復要不要讓他完成？還是？因為已經跟退場無涉，應該還是要繼續完成吧？因為牙周病治療是一個療程？

徐邦賢代表

是，報告主席，我記得我們上次好像有通過，那個療程可以自動往後延，期限往後，往後延180天。

主席

有嗎？

徐邦賢代表

延90天，對不起，90天。

主席

在哪裡呢？

吳迪代表

就是在因應 COVID-19，署方提出來的方案裡面有，在發生疫情這段時間，治療區間只要橫跨 5 到 6 月這段時間的，整個治療的時程自動展延 90 天，所以變成，從 180 天直接展延至 270 天，讓療程比較有機會被完成，可是上次會議中也提過說，不一定患者就會在這個時段內出來，因為還有疫苗覆蓋的問題。

主席

所以我們希望要解除列管，就是退場機制的檢討要解除列管，如果我們 COVID-19 有延長 3 個月，90 天，也麻煩宣導會員，至少牙周病是一個 package，既然受到疫情影響 delay，最好後續也完成三階，不然這個數據看起來就是 788 又變 60，這一項再麻煩牙全會這邊幫忙。好，其他有沒有意見？大概就這樣。沒有我們就進到第二案。

報告事項第二案：

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

主席

好，謝謝同仁的報告，執行概況大家有沒有什麼意見？來，請，翁代表。

翁德育代表

想請教一下，大概在我們的投影片的第 10 頁，我是想確認一下我們第三季，第 10 張投影片，我們第三季就診牙醫人數負成長這麼多，只想確定一下，看起來跟 IC 卡的上傳有一點點不太一樣。再來是有關於 B、C 肝查詢專區，我想請教一下就是說，像現在在我們投影片第 39、40 頁，他有一個查詢率的問題，我看起來應該是以每一個月為單位，我不太清楚就是說設立這個專區來查詢的時候，是希望我們院所，當病人每一次來的時候都一定要查詢嗎？或是說有沒有這個必要？看起來查詢率很低，或是只 for 新病人來的時候才必須要查詢，或者是每個月要上去查詢會比較理想？

再來 PowerPoint 第 41 張，像我們現在有所謂的，C 肝牙醫門診病人比

例的排行，你看這幾家院所都知道，他們知道自己的院所是C肝病人排行榜的前面幾名嗎？以上。

主席

還有沒有什麼問題？其他還有沒有哪一位有問題要提出來的？好，牙醫就診人數的部分哪一位要回答一下？這數據有沒有什麼問題？這是IC卡的資料還是申報資料？

醫務管理組 洪于淇科長

申報資料。

主席

已經是申報資料？

醫務管理組 洪于淇科長

對對對，這是申報資料統計。

主席

申報資料，請說明跟IC卡上傳之誤差？

醫務管理組 洪于淇科長

IC卡統計的是件數，一個是人數。

徐邦賢代表

因為我們這裡獲得到的資訊只有這個。

主席

IC卡上傳是件數，這個是人數，所以有點不一樣。

徐邦賢代表

以往看起來好像沒有差那麼大，OK，了解。

主席

那B、C肝的部分，可不可以請醫審及藥材組上來解釋？等一下他們會來說明。B、C肝這一塊本署有發文給全聯會？翁代表問的每個問題不理解，第一，你說是每一個病人都要查，還是我一個月查一次，還是新病人才要查？

翁德育代表

是每次都要查。

主席

我就問你為什麼要查？是為了誰要查？是為了要給我們健保署說查詢率高嗎？還是說其實你知道這個病人有沒有B肝、C肝其實也是保護醫師？然後呢，也要注意這個病人的相關的病史，避免感染給別人，這是一個很重要的訊息，我不知道翁醫師你問的是說，多久查一次？你不擔心嗎？

翁德育代表

不好意思，主席，我想你誤會我們醫療院所的意思，病人在我們院所看那麼久了，我們怎麼會不知道他是B肝、C肝的帶原者？

主席

你是說你已經知道了，其實不需要上去查？

翁德育代表

對，我們已經知道了，病人一直來，我們都知道，也沒有必要再上去查詢，我的意思是這樣，如果你講新病人我們沒有查詢，我也覺得那個是可議之處，以上。

主席

OK，所以翁醫師的意思是說，如果這個病人是屬於B肝，或是C肝，或者是愛滋，其實你們醫師都知道了？

翁德育代表

舊病人一定都會知道。

主席

舊病人都知道了嘛，所以也不一定每一次都要上去查，新病人就不一定，OK。所以其實這個訊息就是要讓你知道說病人目前的狀態，還有沒有在用藥，那其實是幫助你醫師的？那如果委員們覺得其實醫師都知道，那我們就另外一件事了，因為我們不知道你們知不知道，因為病人是流動的，我相信牙科診所的病人其實黏著度是很高的，所以多數都是你的忠誠病人，所以其實你是知道的，對吧？所以這是假設。那假定你是不一定知道或者是不留意的，其實要上去看一看對你比較好，這個是一個輔助的平台，目前也沒有強制性，當然就是鼓勵



院所能夠上去查一查，假定你說你都知道了，或者是不是你的電腦系統有註記，我不知道，或者是你都還記得，假定你有任何的不確定能夠上去查，其實是對你也好，對不對，因為你們都是會有一些處置會有碰到血液、體液，這些其實是滿重要的，這是一番好意。可是翁醫師好像看起來認為查詢率很低，感覺有點擔心，或者你在說A診所、B診所這41張投影片，這些醫院知道嗎？你如果問這個問題的話，你不是本來就知道嗎？這些診所應該你都知道啦？

翁德育代表

院所可以關心每一個病人是不是B、C肝的帶原者，但我們不會去統計每一家院所到底有幾個，我們應該也統計不出來。

主席

當然啦。

翁德育代表

所以我才會說，如果有這樣子的資訊，是不是也可以讓院所知道，也許做起來，對，頻率比較高，讓他自己的危機意識再更高一點，意思是這樣子。第二個是有關那個查詢率，因為我們這個會議資料提供，這個查詢比率如果不高，放給外人看每一個人都會質疑，你們怎麼B、C肝這麼多，你們查詢比例這麼差，到底為什麼，結果我們還要解釋半天，舊病人不需要查詢，我建議是說，如果要放查詢比率，是不是大家來討論一下，病人其實一段時間沒有來，應該要再上去查，我們覺得是OK，這個病人一直都，每3個月來一次，不太需要上去查詢。

主席

好，醫審及藥材組的同仁來了，請說明。

醫審及藥材組 宋瑞蛟專門委員

說明一下，有關C肝病人占比前100名的牙醫診所，我們在110年10月21日有正式的函給我們牙全會，也有給各個分區業務組。

翁德育代表

跟業務組要就有？

醫審及藥材組 宋瑞蛟專門委員

都有，業務組都有。

徐邦賢代表

OK，業務組有詳細名單就對了。

主席

好，還有嗎？翁醫師。

翁德育代表

請教一下，我們在投影片39、40，這個所謂的查詢率，能不能用另外的方式來做一個呈現？比如說我建議就是說，病人如果是一年都沒有到這家院所來就診，他的查詢比率大概是多少？這樣子會不會比較貼近真實一點來提醒大家，你不是都沒有上去這樣，因為你是用月為單位，比如說這個病人每個月都來，不可能每個月都上去，因為都一樣，一段時間沒來，我們要提醒我們自己一定要上去查，我想設計這個東西應該都是讓大家有一點警覺，應該是這個樣子。現在你設這個查詢比率，大家看都會覺得滿奇怪的啦，以上。

醫審及藥材組 宋瑞蛟專門委員

剛才代表有提到，我們本來就有用月在統計，這是都有的，只是這也函給我們牙全會這個區間4到9月的資料，所以一定是有各月的資料，如果覺得需要給各月的資料，我們再來聯繫看怎麼樣提供。

翁德育代表

不好意思，我們不是需要這個資料，譬如說我們現在看到的病人，每個月都來，其實我們院所不太需要再上去查，因為他的狀況我們都了解，假設這個病人一年沒有來了，今天他來，我們應該上去查詢他的狀況到底是怎麼樣、有沒有什麼改變什麼的，這個應該是希望我們做一個更妥善的利用，所以在查詢比例的時候能不能改一下，如果這個病人是365天以內都沒有來就診，這樣的病人在該月的查詢比率到底是多少，這樣會不會能夠貼近一點，大家看得也比較清楚一點，不然這個比例這麼低，大家看想說我們這麼懶惰嘛，其實並不是嘛，以上。

醫審及藥材組 宋瑞蛟專門委員

好，我們再來看資料可以如何更貼切呈現。

徐邦賢代表

謝謝主席、謝謝我們的長官，我想我們也盡力去推廣，我們應該要積極去注意到這一塊，這我想我們牙全會也會push一下我們所有會員醫師，要保護患者、保護自己，這個我想我們會提會，謝謝。

主席

理事長，還有各位委員，我是建議，其實這邊只是在講說雲端藥歷有B、C肝專區，其實雲端要歷有的東西非常多，牙醫師對病人正在服用的藥物也是需要留意的，這也是在雲端藥歷裡面，不是只有B、C肝，其實有很多資訊包括病人有沒有重大傷病、哪一類的重大傷病、狀況是怎麼樣，這些資訊就算是你的病人，你是不是每一個都可以記得這麼清楚。可是有一個雲端藥歷在那裡，其實是你想要了解，都有機會了解的到，這是一個資訊分享的概念，可是如果你們認為說我有必要上去查嗎？我什麼時候才要去查，如果是這樣的話那就是辜負了這個平台的好意。其實今天講的只是B、C肝的專區是因為感控出發點，其實他還有很多資訊值得牙醫師對這個病人進一步去了解他的狀況，其實對你們的醫療安全也有幫助，對你作任何介入性處置你心裡也比較有譜，這些東西是保護你，且其實是醫療安全的一環，所以不是計較查詢率多少，而是說希望你們可以多多利用，真的是這樣，如果你非常的熟悉這個網頁，其實你想要知道的可以在很快的時間內就可以了解，對你是有幫忙的，不是只有B肝、C肝專區，這只是其中一環，其實還有比B肝、C肝專區更需要你知道的狀態，如果病人漏掉跟你講，現在在服用一些特殊的藥物，你也會忘啊，你也會不知道，這平台就是讓你可以克服病人如果忘記講或講不清楚的時候你也可以知道，對不對？理事長？

陳建志代表

謝謝主席，我非常感謝健保署能夠提供這樣的平台，確實尤其我們在南部有些病人，他的資訊及醫療的認知是有落差的，他自己也講不出他吃什麼藥，他也不知道自己罹患什麼病，有時候家屬也會隱瞞，其

實提供這樣的平台的話讓我們可以更清楚，在病人就醫安全上也能夠比較掌控，在感染控制上也會有更好的效果，以上我們會更加給予宣導。

主席

對，包括你們現在一直在在意的，有很多的專案，譬如說糖尿病病人或其他什麼病的病人，難道你一眼就看出她是糖尿病嗎？你也是需要到雲端藥歷確認他是不是，對吧？你們有很專案需要針對某一些類別的病人，他去看牙醫的時候要如何如何，你不上雲端你又如何知道他是不是這個專案可以收案的病人。所以我是覺得，翁代表剛剛在質疑說我們不一定每一次都要去看，我只是要跟翁代表強調說，不是只有B肝、C肝的資料在雲端藥歷，還有很多你們需要上雲端藥歷去看的，好不好？來，翁代表。

翁德育代表

報告一下，院所在看病人，病人曾經發生的事情，按照我們現在感染管制診察的規定，一定要記載在病歷首頁，我一定要強調這件事情，我們並不是說可以不用查詢而已，我們只是想告訴你，醫院院所的醫師，對於這個事情，遠比大家所關心的還要更關心，我們病人所有狀況一定會記在病歷首頁裡面，病人今天有什麼新狀況，我們在做處置之前一定會詢問，有需要一定會上去查詢，不清楚還會請病人帶藥袋過來，我想這一點應該是請大家放心，因為這個直接牽涉到院所跟病人之間的一個關係，我們並不是想要否認這些功能，我們也很感謝，但是你這個查詢比率這麼低，會令外界質疑我們牙醫部門執行不力，空有這樣的東西我們卻不運用，會讓我們獲得一個罵名，我只是想藉這個方式凸顯這個問題，我們並不想卸責，講卸責或什麼我覺得這嚴重了，好不好？以上。

醫務管理組 劉林義專門委員

另外請各位代表看到簡報的第42頁，第42頁這邊我們有提一個建議，就是請牙全會來研議假如是屬於C肝病人占率比較高的院所，因為我們現在所有的感控都是用書審，我們建議說假如這個病人，譬如說像

我們看簡報第41頁，大概是10%左右，也就是說他每年診治100個病人裡面，就有10個是C肝，因為現在的感控只用書審，我們是比較建議說要不要加強頻率去察看他感控的實際情況，這樣也是可以保護去診所的其他病人，所以我們要確定他的感控做得好，因為他的C肝病人占率是很高這樣子，這一塊是不是可以請牙全會建議？當然看那個比例大概是介於多少，當然也要考量我們自己的訪查成本，在那個成本之下大概可以把這些C肝病人數比較多的優先列為實地訪查的對象，就明年度方案請牙全會再研議。

主席

好，謝謝，因為這裡列的簡報第41張，每100個病人裡面就有15個是C肝病人，那真的是滿集中的。來，林醫師。

林鎰麟代表

我們東區，東區事實上在兩年前就已經針對這個做過一波了，已經是實際上做過，我們特別針對某一個鎮，特別花一天的時間去那個鎮，幾乎所有的診所都去宣導過了，所以那個兩年前東區已經做了。

徐邦賢代表

報告東區也報告主席，是全國，不是只有東區。

主席

好，就是只是提供訊息，假定你們都非常的有把握，那就OK好嗎，來，請。

醫務管理組 劉林義專門委員

那個簡報第37張，有關實地訪查的部分，剛剛有聽牙全會報告，因為現在感控實訪暫緩，其實各分區都已經自行恢復實訪了。

主席

南區跟東區。

醫務管理組 劉林義專門委員

南區跟東區好像還沒有恢復，我們是不是在這裡做一個決議就是說，應該即日起可以恢復實地訪查？

主席

楊醫師，我們南區跟東區沒有恢復嗎？南區沒有什麼疫情？

楊文甫醫師

跟南區的歇業有關，只是說他們在新特約實訪這一塊。

主席

現在最主要是新特約院所。

楊文甫醫師

這個書訪不合格的院所應該是有去看。

主席

對，因為不合格的很多都歇業，剛剛講只剩下6家嘛，6家有沒有南區？沒有啊，都是台北啊，還有北區、中區，沒有南區，所以書評不合格的沒有，那現在只有新特約院所，新特約的院所南區跟東區還沒有啟動。其實也沒有幾家啊，那就麻煩聯絡一下南區跟東區好不好，好，謝謝。這個報告案還有沒有其他的問題要討論的？好，如果沒有的話，麻煩宣導會員，多多上健保雲端醫療系統查詢病人相關的醫療資訊，不限B、C肝，就是全部。接下來報告事項第三案。

報告事項第三案：

案由：牙醫門診總額 110 年第 2 季點值結算報告案。

主席

謝謝，這個是第2季點值結算1.24，大家有沒有意見？真的很高欸，東區是1.43。

主席

東區好像，有疫情？

林鎰麟代表

有喔

主席

有影響，可是東區1.43創紀錄了，應該是歷史以來最高的點值。

林鎰麟代表

對，的確是。

主席

是嘛，1.43，而且浮動是1.49，幾乎快1.5了。台北區也是1.25，應該也創紀錄了，台北區從來沒有那麼高過，大家有沒有意見？我們視訊端的委員如果有意見的話，要表達，麻煩你就視訊按舉手，我們就會邀請你來發言，請你們多多利用，這個案子如果沒有意見，我們就洽悉，接下來第四案。

報告事項第四案：

案由：111年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

主席

好，謝謝，這個是四季重分配跟點值保障的項目，大家有沒有意見？顯然點值這麼好，以前點值不到1點1元的時候，覺得點值保障是優惠，現在點值像東區1.5，1點1元反而少，就是藥費的部分1點1元，藥費1點1元不可能變1.5元，那只有其他浮動的變1.5元，所以其實有史以來我們第一次面臨到這種反轉的狀態，以前一直在爭取1點1元，結果現在1元變得不好。來，徐醫師。

徐邦賢代表

報告主席，雖然說我們點值很高，但是我們total還是更少，我們服務量大降，所以我想可能大家共體時艱，也謝謝署裡面對我們點值高的時候，對於我們相關的服務還是一樣支持我們，點值得給予，所以我想我們各個院所還是會積極努力。

主席

謝謝，在危機的時候有一個總額預算其實對大家是相當大的保障。好，第四案大家有沒有別的意見？沒有我們就進到報告事項第五案。

報告事項第五案：

案由：111年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案。

主席

好，那就麻煩各位委員，時間預留好不好。好，有沒有問題？沒有我們就確認，接下來報告事項第一案。

#### 討論事項第一案：

案由：110年總額分配及其結算方式調整案。

主席

好，這一個案子基本上就是要確定錢從哪裡來，現在已經確定是一般總額的移撥款，牙醫叫做移撥款，移撥經費（其他總額有的叫風險款）一億元為上限，然後就是要修正兩個方案，一個是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，還有地區分配預算的修訂，就是這兩個都跟這案有關，都是用在今年。文字的部分同仁已經有做了一些整理，請問大家有沒有意見？好，這個今年的方案，6千萬、4千萬都已經討論過了，只不過是要確定預算來源，以及這兩個方案，那這個程序今天如果通過之後，是要報部備查，然後也要報健保會備查，因為110年地區預算分配確實有異動，健保會也通過。好，大家有沒有意見？如果沒有，我們這個討論案就確定。接下來討論第二案。

#### 討論事項第二案：

案由：111年度牙醫門診總額地區分配預算案。

主席

好，現在這一項第二案討論的是明年的地區分配預算，這個部分大概只有牙統的部分減量，總計是12億，跟今年是17億就差了5億，所以這個優先順序就是指，主要是牙統的部分改成8.71，其他的項目沒有任何的改變，也在健保會決議通過了，那我們今天就是程序走一下，好，大家有沒有意見？沒有，我們這一項也通過。前案110年，看起來我們分給醫院的牙科1億元為上限是因為，其他移撥的錢是會剩的，原來我們17億已經早就分配好，包括牙統也在裡面對不對，12億，那這些因為今年的量縮，所以他會有結餘，所以你再撥給醫院的牙科也是足夠，雖然文字上寫1億元為上限，大概上一定會足撥1億，而且還



會有剩餘，那這個剩餘款最終就是回到第4季的點值。第4季現在是進行中，現在第4季的服務量是不是漸漸地有恢復正常？因為第4季的預算還會因為這個結餘款的回撥，預算還會更多，那我們也拜託大家，如果有必要的醫療在疫情期間是延後的，應該慢慢回復來提供。好，這個部份我們就是確定一下這整個流程，有沒有意見？沒有，大家都很清楚，好，第三案。

討論事項第三案：

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

主席

好，通則7的部分，大家有沒有意見？這個是職災的代辦，那增加支付，如果確定是職災，他們費用也要增加？所以這個應該跟我們無涉，但是與職災有涉。好，沒有意見我們就往下。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

那接下來是針對符合牙醫門診加強感染管制實施方案的牙科門診診察費，現在如果是平地的牙醫師到山地去執行牙醫業務的話，是申報一般的加強感染管制費用，這一次是希望包含全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，就是指山地離島地區的巡迴服務，也可以申報山地離島的診察費。請大家翻到討3-4，在110年的協商是沒有這個項目，所以等一下請牙全會說明。另外我們預估這一項目是會增加81萬點。

主席

好，這一項大家有沒有意見？這個原來的概念，因為到巡迴地點，原來自己的診所外展現行若符合感控，係以一般感控的診察費申報。我們原來的展全部都是以一般來申報？OK，那這一次就是恢復嘛，因為我們的外展點也開始在審了吧？外展點我們原來規定是年底以前要送書審資料嘛，所以還在進行中嗎？對不對？那我們希望他們也都符合規定。楊醫師，我們原來外展點不是年底以前要送書審嗎？本來3月是一般院所感控書審嘛？

楊文甫醫師

那是疫情之前我們是這樣講。

主席

對，我們那時候討論到說。

楊文甫醫師

我記得上次講說是暫緩嘛，所以剛剛報告案也有講，我們有來署去商量外展部分申報的一些細項，上次研商主席也有跟我們說……

主席

就往後延了。

楊文甫醫師

先暫緩，然後我們要提對案。

主席

那現在提了嗎？

楊文甫醫師

這一次沒有提，因為我們還有一些細節我們自己內部還要再討論。

主席

可是都沒有提，那現在這個項目就是，全部要……

楊文甫醫師

因為跟主席報告一下，我記得上次是說至少先延後一年嘛，那我們下一次會正式的提對案來看看，因為目前就我所知，全國800多個外展點，還有94個不讓我們去，所以如果要申報感控的話有困難。的確，然後加上我們之前說的，如果說要出去做外展的醫師，他自己錢不夠，所以很多軟體部分的項目其實都是重複的啦，所以我們現在內部正在爭執的是說，看看是不是申報的項目少一點呢，還是能夠取消書面改由實訪，這個都是我們內部還在談，像我自己工作組還在討論，根據主委的規畫應該是下一次研商會議會提出來，那跟各位報告一下。

主席

所以有就會是說，巡迴點其實感控，不管是書面或實體都沒有進行，就先用符合感控的診察費來申報？

徐邦賢代表

報告主席，其實這一個目前為止現在討論的這個item，應該是指說我們有一些本來是符合山地離島，因為他的診所不是在山地離島，所以他帶回診所申報的時候，他申報一般診察費，我們是希望說因為他服務的点屬於山地離島的範圍，是不是回院所的時候針對這些案件可以去申報山地離島的診察費，跟感控SOP不太一樣。

主席

好，可以用山地離島的感控診察費申報，對不對？OK，可是我們那時候怎麼會漏掉這個？

簡志成代表

報告主席，那時候是沒有設想到說……

主席

我們之前有漏掉這一塊。

簡志成代表

平地去支援山地離島醫療，一帶回院所就會得變成是平地，就沒有辦法去設山地離島。

主席

山地離島的感控門診診察費比較高一點。

簡志成代表

對對對，所以現在只能講說，可以把它回正，平地院所去巡迴支援山地離島的，帶回院所申報，是那筆巡迴的可以用山地醫療。

主席

差30點。

簡志成代表

但是有的醫生考慮到，他覺得這差比較多。

主席

值得，好，那這個理解了，這點也代表以前有一點漏掉啦。

簡志成代表

對，沒有設想到這樣的……

主席

沒有設想到這一項，好，那這一項大家有沒有意見？沒有我們就通過，接下來下一點。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

請看討3-5，針對91001C牙周病緊急處置，全聯會希望把文字「病」刪除，另外刪除disease。我們同意修訂。

主席

好，牙周病緊急處置改成牙周緊急處置，好像更廣泛了一點？還是更好了一點？OK，可是沒有牙周病嗎？英文？

陳彥廷代表：

他是牙周的

主席

牙周的問題。

陳彥廷代表：

為了更符合現在英文的用法。

主席

OK，好，就尊重專業，有沒有意見？沒有我們就通過，下一題

醫務管理組 韓佩軒專門委員

接下來是針對92093B牙醫急症處理的部份，全聯會希望能夠加上本項限牙醫師申報的限制。統計109年申報的案件數是13,764件，其中是97.38%是由牙醫師申報，另外有360件，占2.62%是由西醫師申報的。我們也盤點了一下，在支付標準第三部牙醫只有通則八「醫院夜間急診加成」是限牙醫師申報，請牙全會說明一下，這一項要加限制的原因，還有其他的項目有沒有需要，也需要加這個限制，以上。

主席

好，這一項看起來是很簡單的事情，就好像是支付標準加一個限牙醫師申報，這個是支付標準裡面的備註，但是現在檔案裡面看出來有2.62%的項目是西醫師申報，那我不曉得那個支付標準科這邊有沒有去查一下就是說，這個是醫院的西醫師嗎？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

對，醫院的西醫師。

主席

應該是醫院吧？因為是急症處置，不會是診所的牙醫師？所以確定是醫院，那這個回去再確定。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好。

主席

另外就是這360件啊，現在是用醫院總額的錢還是牙醫總額的錢？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

在106年有請辦單給各分區，如果申報92093B牙醫急症處置的話，是要回歸牙醫總額申報。

主席

所以西醫師的申報案件，用牙醫總額的費用，是這樣嗎？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

對，這個我們要回去確認，曾經發過這個請辦單，請各分區要回歸牙醫總額。

主席

這個一定是西醫師代牙醫師執行，可能就是急診沒有牙醫師的狀態，是不是這樣？還是什麼？

徐邦賢代表

跟主席報告，這個其實牙醫急症處理，不是單純用看診而已，其實我們裡面相關一些作業，包括處置，所以我相信說這樣子的處置應該是由牙醫師來做相關的處置是會比較得體。至於其他醫院裡面因為沒有牙醫師而去申請這個item來講，我想應該也是符合他們急診相關的一些item，如果說因為沒有牙科實際上的處置而去申報這個，我們覺得資源上是不是有一點錯置了，所以我們才會提出這樣的說，是不是在申報這一個item的時候限牙醫師申報比較有支付標準實際上支出的意義，這個是跟主席做一個說明。

第二個就是，其實109是低估了，依據我們資料裡面，其實在108之前這個案件數是多很多，所謂多很多是西醫的那邊報出來是多很多。

主席

基本上，因為我們的支付標準裡面如果沒有寫限制科別醫師申報，即是各科都可以報，現在有寫就會限，那這一項原來是沒寫，所以西醫師來報也沒有說不可以，那現在看起來確實有西醫師來申報，但是你們說是用牙醫總額，我們要確定一下，假定他用的不是牙醫總額，用的是醫院總額……

徐邦賢代表

那我們應該也沒有辦法規範。

主席

對，這個支付標準修正，感覺上是限牙醫師申報，但是會不會讓西醫師的權益有一點影響？所以如果要這樣修的話，這一項如果確定，有兩種可能，一種是以後西醫師不能申報這一項，那之前有請辦單嘛，其實早就有這樣做，可是還是依然有人申報，對不對？另外一個就是說總額別，假定他現在用的是醫院總額，或者他現在用的是牙醫總額，如果用的是醫院總額的話，那這一項的修正應該是要提共擬會議，因為支付標準修正，要提共擬會議，共擬會議之前要不要提醫院總額的研商議事會議報告一下，因為會是一個跨總額問題，因為我們上次曾經有一題跨總額的問題，也被醫院總額的代表提出，抗議很久，本項是否也是有跨總額。但是事情沒有很多，那可能報告案會比較減少爭議，否則的話直接提共擬會議在那裡又被認為有影響，沒有經過醫院總額的研商會議，會不會有程序上被批評，然後又退回來反而更慢，這一點大家有沒有什麼意見？

徐邦賢代表

報告主席，如果說這樣子的支付標準，在不同的總額裡面用不同總額支付的話，牙醫總額這裡不堅持一定有這一條，但是如果全部都是由牙醫門診總額支出的話，那麼很抱歉，我們就必須要去重視這個費用上的支出到底有沒有意義。

主席

所以你現在出發點在意的是說，西醫師用了牙醫總額的錢，所以你必須要改回來說限牙醫師申報，前提是這樣嘛，是不是？

翁德育代表

不好意思，我想我們的本意應該是這個樣子，剛剛其實我們邦賢主委講得還滿清楚的，牙醫急診處置92093B支付標準有一定的規範跟定義，那如果你由西醫師來執行，有沒有辦法符合支付標準表的要求，我們care的可能是這一塊。如果你明明知道它不符合支付標準的要求，那怎麼能夠去申報這一個？我們是比較擔心這一點。假如在支付標準的定義上有互相違背，其實根本也不用加這一項，本來就是，一定是違背，本來就不能申報，不加這一項也無妨。重點應該是說有沒有跟我們的要求是違背的，以上。

主席

其實，看你從什麼觀點來看，如果說我不是只是預算覺得被西醫師來申報覺得預算怎麼會這樣挪用，如果這不是重點，是回到說牙醫的急症處置有一定的SOP，那牙醫師來執行是比較恰當的，西醫師來執行是不是有照這個SOP不知道，對不對，那如果從這個觀點來看的話，不管預算是申報在哪裡都希望限牙醫師來申報，這是一種出發點。

另外一種是說如果西醫師在緊急狀態之下，如沒有牙醫師的狀態他代行，代你們去執行，來申報費用，用的是牙醫總額的預算，那你們也覺得不好？就是這兩個出發點好像都有你們覺得不好的觀點，是不是這樣？

翁德育代表

跟主席報告一下，我想第一個出發點應該是可以確定的，是定義的問題，第二個問題是說你在哪裡申報、由哪一個單位來審查，現在問題就是說，如果是醫院部門申報，不可能在牙醫部門審查，所以我們沒有辦法去care這件事情到底是對還是錯，對不對？你哪裡申報、哪裡出的錢就是哪裡審查，是不是，如果我這樣講是不是會比較合理一點？事情也許會比較單純，以上。

主席

好，那現在要去查的就是他到底用什麼預算，然後如果審查又是誰在審。總之這件事情一旦要改成限牙醫師申報，那也讓醫院總額知道，因為現在確實有西醫師來申報，可能在醫院總額研商議事會議就以報告案讓大家了解一下。本案是不是確定要修？因為牙科的支付標準並沒有每一項都限牙醫師申報，但是也都沒有人來申報，因為你們也很專業，不可能西醫師來申報洗牙。來，醫院代表王院長請。

王斯弘代表

主席跟各位牙科先進代表，關於這個我想應該是兩個問題我們要討論，第一個是醫院總額還是牙醫總額，這個我覺得是關鍵，如果西醫師去申報到底是報到牙醫總額還是就在醫院總額裡面。基本上這個看起來，109年360件其實真的是算牙科急症，算起來每天可能就1件而已，這樣有可能其實就是夜間假日，還是比較偏遠地區確實真的沒有牙醫師的地方，我想是做一個緊急處理，那這種緊急處理原則我想也不是想越權去侵犯牙醫師的專業，而是應該不得已，因為這個量看起來一天如果一件，真的是緊急處理，我想他的SOP可能不會達到牙醫師的要求。但是在這種緊急狀況，我覺得病人如果在安全前提之下不處理可能也不是辦法，原則這一塊就是說可能兩個問題，第一個是說總額我們還是要釐清，到底是包含哪邊，剛才這個代表講得很好，如果是醫院當然是醫院這邊來審，如果是牙醫這邊，可能就是跨總額的問題，我們可能就真的要討論。

第二個是說，我們剛才討論，這個量如果真的不多，如果你限牙醫將來真的就是緊急，因為它是一個緊急，確實大家就會推了，我們這邊大家就沒辦法處理、沒辦法申報，這時候衍生出來的問題大家真的也是要去想一下。

徐邦賢代表

主席，我想我們，總而言之要把相關的資料先查清楚，這一項是不是先保留下來，等我們相關資料查清楚之後再做後續的討論會比較有方向，不然現在都是假設假設，不容易有一個聚焦的地方，謝謝。



主席

謝謝，那就是大家再審慎考量一下，如果要修，變成是同意，程序就把它完備一下。大家決定保留那就先保留。接下來，下一案。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

請看討3-5、3-6，針對第五章牙周統合治療的通則，第二的（三）牙醫師申請資格，牙全會希望參照全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足改善方案對醫師的申請資格，本署同意比照修訂，但是特管辦法的罰則是針對機構，會針對負責人還有行為醫師，所以建議改成「醫師所執業的醫療機構兩年未曾涉及……」，但是醫療院所如果受罰，停業了，除負責醫師、行為醫師是不予支付，可是裡面其他的醫師執登在這個院所提供服務也不可以，也是不會支付，也就是說整個院所就停業了。所以全聯會對醫師是不是想是這樣的限制？以上。

主席

來，吳醫師。

吳迪代表

說明一下，我們應該是想要針對醫師，就是行為醫師，現在常看到的問題是說因為院所機構發生這個問題之後，是負責人去承受這個責任，實際上行為人沒有什麼責任，裡面的行為醫師，導致這個機構違反特管辦法這件事情，反而沒有受到資格上的限制，反而是負責醫師有受到這樣的限制，我們是要是針對行為醫師，而不是針對機構本身。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

但是在全民健康保險牙醫醫不足方案中機構如果受到停業的話，那就是整個醫院裡面都不可以來承接這些計畫，在特管辦法裡面對行為醫師是不予支付，可是機構停業，其他執登在裡面的醫師，在停業期間他也是不能夠申請健保的給付，除非他執登到別的醫療院所。所以，如果說要比照醫不足改善方案就會有這樣的問題，除行為醫師一定會被管制到，但這個機構裡面其他的醫師也會被管制到。

吳迪代表

我們原有那個條件上，是視同，那樣的狀況是比較不會有這樣的問題

的，以我們原有的辦法看，在沒有調整的狀況下。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

行為醫師一定是不予支付。

吳迪代表

對，我們要針對行為醫師，我們反而希望不要框到整個院所的其他人。

主席

你現在是想要框的是，負責醫師跟負有責任的行為醫師兩類，還是還要再匡診所裡面其他沒有責任的醫師？你們想要框的是哪一類？

吳迪代表

我們想要框的是有責任的醫師，而且我們不管是，因為之前的……

醫務管理組 韓佩軒專門委員

現在的問題就是說，特管辦法罰的是醫療院所，不是罰這個醫師，這個醫師因為他是行為醫師，他就連帶不予支付。可是如果執登在這個機構，這個機構就是不能夠執行業務了。

主席

他已經停約了。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

對。

主席

其他沒有負有責任的醫師你們也要框嗎？

吳迪代表

我們不要匡。

主席

因為他有可能換別的地方執業？但是如果是負有責任的醫師，他在停約期間跑到別家我們也不予支付，現在是這樣，就是所負責醫師以外負有行為責任的醫師在不予支付期間，他即使換了醫療院所，我們也是繼續不予支付，但是如果被停約的診所裡面的沒有責任的其他醫師，因為院所停業，他到別的院所，是OK的喔，他是沒有受到影響，我們現在這樣寫是不是也……

醫務管理組 韓佩軒專門委員

機構被停業，沒有責任的其他醫師他執登到其他的醫療院所才能夠申請健保，原機構就是被停業了。

主席

OK，好，那這樣子是釐清了，我們專委想要講的是說，如果A診所被停約3個月，裡面有5個醫師，其中負責人以外有4個醫師，其中有2個是有責任的醫師，於是這3個人通通在停約期間不予支付，對不對。但是還有2個人喔，那2個人如果留在這個診所，反正健保不特約對不對，他留在這個診所也不行，但是他如果離開這個診所道別的診所去執業他是OK的，這樣有沒有清楚？那這樣是不是你們要的？吳醫師想要的？這樣應該合理吧？

吳迪代表

對，這合理，我們不想要框到沒有責任的。

主席

對，你會框到沒有責任只有一種情形是他留在該診所。如果他留在那裡，譬如說停約1個月，那他就會被框到，因為他是帶著診所的名字。

吳迪代表

就是不要想說，今天需要負責的醫師換成其他院所，就可以直接執行。

主席

對，因為他是這個機構，這個機構本身被停約，這是不是你們要的？有沒有意見？沒有，我們就照修了喔，好，接下來下一題。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

接下來是新增支付標準，大家看到討3-7，這一項是在111年總額協商，可是在總額協商內容裡面只有包括左列的1-3項，也就是腦血管疾病患者、血液透析跟腹膜透析的患者，第三個是使用雙磷酸鹽或抗骨鬆單株抗體藥物患者那其實第四類跟第五類，也就是惡性腫瘤者，還有(5)不符合牙醫門診總額特殊醫療服務計畫的這二個項目，是不在原協商的項目裡面，這個部分請牙全會說明一下為什麼會增加，跟協商

內容不太一樣。另外，這一項支付標準要規範每90天能夠申報一次，那就相較現在的全口牙結石清除增加的頻率為兩次，經費的預估，從109年來看，我們看一下左列1-5的高風險疾病患者，大概是179萬人，這些人接受全口牙結石清除的比率大概是18.6%，其中執行一次大概佔了74.5%，執行兩次的話只有8.2萬人，佔了24.6%，針對左列所提的高風險的病人，179萬人扣除目前已經接受90天可以執行1次的病人後是143.6萬人。請大家翻到討3-8，預估的經費大概是373.8百萬。另外高風險病人，實際在照顧病人的時候，是用什麼樣的方式來判斷，是不是有需要把相關的規範寫在審查注意事項等等，這一個部分請全聯會說明。另外大家看一下討3-14成本分析資料，在洗牙的項目流程前期有X光的檢查，我們也想了解一下洗牙為什麼需要照X光，以上。

主席

好，這一項有好多問題，請回答。

吳迪代表

主席，跟各位委員報告一下，我們先來釐清一下這個item本身定義，什麼叫做高風險疾病的患者，應該是這樣，他的意思，這些疾病帶來了牙科疾病的高風險，所以這個答案直接回答了第五項，請說明牙醫師如何判定，他具備這樣的身分足以提高他牙科疾病的風險，他的疾病影響到口腔狀況，所以基本上只要是在這個上面列入的患者都是這樣，那我跟各位一一說明狀況。其實在腦血管疾病的部分，一般像中風或是帕金森氏症，這兩個問題比較常見一個就是，可以發現他們肢體障礙的狀況，他們肢體不受控的情形，那我們知道其實牙科疾病最重要一件事情就是牙菌斑的控制，清潔如何做好，那試問這些問題是歸咎這些病人本身的行為？當然不是，是疾病帶來的後果，所以我們現在設計高風險疾病的時候，的確有些患者是屬於高風險，但是是自身行為的問題，也就是他不配合去執行他的口腔衛生。那例如，不理想的習慣，比如說抽菸，這些為什麼沒有列出來，因為他不屬於我們應該去保護的對象，因為這是個人選擇的問題。

所以像腦血管疾病中風，與帕金森氏病這些患者，他們就帶來一個，他們本來就是有肢體上的問題，自我照顧上不容易做好，自然而然形成牙科風險疾病風險的問題。反過來，我們都知道牙周病會直接影響到心血管跟腦血管疾病的影響發生率，所以它沒有辦法做好自身口腔清潔的時候，其實會有雙重問題出現，變成互為因果的問題。相同的邏輯我們回去審視過後，發現的確有些族群同樣有這樣的問題，有一些上肢障礙的患者，他的障度雖然沒有非常的重，而不符合我們總額特殊的醫療服務計畫，可是實際上我們知道口腔清潔是一個相當精細的動作，肢體障礙的影響使得很多地方沒有辦法做得很好，對於這些患者，也是屬於風險增高的狀態。那後續談到包括像血液透析、腹膜透析的患者，他們是免疫低下的問題，就是身體已經產生狀況，同時，像是重要器官失去功能的這些患者也有可能類似的情形，以及惡性腫瘤的患者他們不管在治療中或治療後都有這些影響在，所以大部分都屬於是提高風險的情況。比較特殊是我們談到第3點雙磷酸鹽的部分，這個我們提到就是跟藥物相關的顎骨壞死的疾病的問題，這個是現在這10年到20年從骨鬆症藥物去使用之後在牙科最常見的一個問題，這個基本上來講可以知道使用過雙磷酸鹽或單株抗體的患者，發生顎骨壞死的機率是普通人的1,000倍到1萬倍甚至可能到10萬倍的問題，他們有相對高風險在他們的口腔衛生環境控制不良的情形下，會直接導致符合顎骨壞死風險上升。這些我們都列在這裡面是這樣的狀況，主要是我們會過去審視的部分，當然，也許後續我們還會有，因為從去年開始我們談到糖尿病患者口腔照護，我們希望把口腔高風險患者提供他更多的保護、更多的服務，設計出像這樣服務的項目出來，也避免說像一般之前91004C洗牙這些重複率上升的問題，把這些特別需要加強照顧的患者列出來。接下來我們談到就是成本分析的部分，實際上因為整個作業流程跟成本分析的部分，跟去年91089C糖尿病患者牙結石清除完全一樣，因為操作內容相同，針對的患者需要去關注的點跟項目實際上是類似的。這邊要說明一下為什麼X光，應該這樣講，流程上的前期、

中期、後期都可以產生X光費用的需求，為什麼？因為我們從診斷、治療過程中到完成治療都有可能發現有些在我們用肉眼沒辦法看到，必須要用X光去做檢查，也許患者需要更進一步了解跟照顧，當然這費用本來就不含括，我們必須要把整個作業流程跟分析跟大家說明說，這不是單純的用手操作眼睛看看就可以完成的，謝謝。

主席

好，謝謝吳醫師，都非常的專業，可能我們同仁想要問得跟你答的是沒有match，他想要問的是什麼？問的是說，這些病人1-5類對不對，我們怎麼知道真的是1-5類的病人，你要用什麼什麼東西去判定他？是用他的ICD？怎麼知道他是腫瘤？因為現在惡性腫瘤有很多是可治癒的，很多都是早期的，譬如這些，你用什麼東西判斷這些病人是不是吻合這1-5類的條件，我們怎麼樣知道？你的技術上怎麼樣讓我們知道說你選的這些病人，他是1-5類的哪一項？

吳迪代表

問題比較多，我剛剛漏了，不好意思，我們在這個月13號的，我們的醫審室會議就已經把我們的審查注意事項訂定出來了，已經針對每一個單項裡面審查方式去審慎評估。

主席

你真的用ICD去看的嗎？

吳迪代表

我們會針對不同的，就是每一個項目裡面都會有哪些適應症如何記載，跟藥物適應症的常見藥物，我們也會詳列出來，所以對我們來講，我們去審查他我們也很頭痛。

主席

對啊。

吳迪代表

所以我們會去設計出這個……

主席

而且你怎麼知道他在使用雙磷酸鹽類或者是單株抗體的藥物？你沒

有看雲端藥歷、他也不跟你講，你怎麼知道？

吳迪代表

對不起，報告一下，這些藥物很多都自費。

主席

不管他自不自費，他自費雲端藥歷沒有，他也必須要跟你講你才知道。

吳迪代表

對，所以我們必須要跟他講，因為現在最常見的問題在於骨質疏鬆這件事情變成我們要去做病史詢問的一個重點，雙磷酸鹽使用對我們牙科治療來講是一個高風險，將會增加我們執業的風險。

主席

可是你有時候病史也不見得是完整的。

吳迪代表

所以這就是重點就是，萬一像剛剛講的問題是出現的時候，那他勢必得回去問骨科說他到底用了哪些自費藥物，所以我們必須要做完整的記載才行，如果沒有看到藥物的記載跟使用的狀況，我們怎麼知道他骨質疏鬆治療的影響？當然這是一個問題，所以我們其實用了一大章表格告訴會員說那些是雙磷酸鹽，哪些藥物是現在常做使用的，病患一定要有完整的病史記載，我們只能相信說，因為這種東西不可能說診所要求醫院能夠提供患者的病歷，以及這邊骨科的用藥的紀錄，所以我們也只能希望說由患者提供給我們，我們用這些資料做一個分析，因為我們現在發現的問題就是說，有很多在雲端藥歷上，在這個部分是查不到。

主席

雲端藥歷，我覺得。

吳迪代表

但是骨質疏鬆的診斷應該查得到，因為無論是否自費，用這個藥治療總不會沒有診斷。

主席

這個抗骨質疏鬆的藥不見得健保沒有給付喔，這些可能都有喔。

吳迪代表

主要的再跟您報告一下，有一些惡性腫瘤的話患者，像前列腺癌、像乳癌，他們會用到這些藥物治療骨轉移，就可能是健保給付的，但是也不是一定會用到。

主席

對，我們的問題在於其實現在這些數量很多嘛，那我們現在都用REA在審查，就是電腦審，如果有比較好的criteria，寫在支付標準裡面的話大家比較清楚，也可以減少專審的loading，因為這個已經是支付標準了，支付標準不見得每一件都會來審，他可能是抽審或是立意審，那這個時候到審查醫師面前的機率並不高，但是大家是不是都有照這個規範在走，現在我們都盡量用REA，就是電腦審，電腦審現在這樣子的5個條件顯然電腦是沒有辦法幫你審的，所以這是第一個問題。第二個問題是我們有估計一下，原來在健保會通過的是前3項，現在再追加第4項、第5項也沒關係，至少是擴大、是優惠民眾的，我覺得也不會有什麼太大的問題，現在就是說其實這些人現在洗牙的比例不到20%，其中洗滿2次的是有洗的人的1/4而已，現在訴求是要從洗2次變洗4次，所以將來能夠洗到4次而用到4億的人不知道，好像沒有想像那麼樂觀，而且你還是要去找到他，你才知道誰要給他洗四次。所以這件事情一共爭取的預算是4億，所以是一個非常龐大的金額，我們大概是估說所有人通通洗4次的錢，那機率是沒有很高，那我們這一次在協商的時候，協定事項有一項就是說，4億的這一項，如果預算執行結果不足，要扣減未執行額度，所以這一項麻煩技術上也要很審慎，因為我們將來還要去計算未執行是多少，如果沒有很清楚的審查的過程，我們是算不出來沒有執行或已執行，所以很顯然操作定義如何判定1-5類，可能是滿大的關鍵，所以可不可以把你們剛剛吳醫師所提的，你們有已經討論過的，看要怎麼樣的方式可以呈現在支付標準裡面，好不好？可以嗎？審查注意事項是有審的時候，有抽到才會去用審查注意事項，沒有抽到的呢？

吳迪代表



這個就是，我們總共要有很多項去設定他ICD-10的這些東西。

主席

不管你用什麼，這裡頭有一些東西是沒辦法用ICD-10。

吳迪代表

對，項目太多了

主席

這個很寬，對。

吳迪代表

我們把什麼都放，就會變得很雜亂的一堆東西在上面。

主席

是，腦血管疾病、血液透析、腹膜透析是有ICD-10的，第3類使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者是沒有的，第4類惡性腫瘤患者其實重大傷病也有，對不對？然後第5類是要不符合特殊醫療的肢體障礙，也是需要定義的，對不對？很顯然這一項因為技術上也有必須最後要呈現未執行的額度，所以如果我們有好的一個計算，到時候這一項就會產生爭議，所以是不是全聯會這邊，吳醫師負責的這邊，對於1-5類的操作定義，可能要適度地寫在支付標準裡面，才有辦法執行，否則這一項會變成無頭公案，到時候不符合這5項的也都報這個我們也都不知道，會不會有這樣的問題？翁醫師。

翁德育代表

我想請教一下，因為署這邊的意見有估高風險疾病的病人，含目前在執行的總共有179萬人，可以提供一下這179萬人是怎麼查詢來的嗎？

主席

一定有啊，當時去跑資料，1-5類的定義我們一定有。這個應該有吧？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

有，像腦血管疾病用ICD代碼，血液透析用案件分類，使用雙磷酸的病人用藥品代碼，惡性腫瘤用ICD代碼。

主席

第5類用什麼？

簡志成代表

第5類的話，補充一下，我們當初會寫進來是因為我們現在的16計畫裡面，像比如說肢障，他有程度限制，他不是輕度就會有，他要中度，重度以上才有，中度還是去年通過的腦血管疾病才有，所以其他可能不方便清洗就都沒有，像是慢性精障也是中度以上才有、重器障要重度以上才有，他可能輕、中度都照不到。既然沒有辦法在16寫進來，就納入高風險的地方，所以這個是都有手冊可以查的，所以第5項應該比較簡單，只要附上手冊對應16，不是16的就可以用這個，這樣可以照顧更廣泛的。

主席

對，確實是每一個都有一點操作型的定義，是不是兩邊稍微比對一下？如果你們也同意的話就把那些操作型定義看就寫在支付標準裡面。

翁德育代表

主席，不好意思，看起來是差一些自費用藥，因為自費用藥這個健保雲端這個跑不出來，所以大概例外就是自費用藥，再拜託我們要表述這樣子，其他應該都還好。

主席

應該滿明顯的，所以這一項的驗證就是你們要上雲端啦，對不對？不然你要如何知道呢？雲端也比較有信心嘛，對不對，這樣可以，不要說，像翁醫師講說，一年再看一次就好，翁醫師講得這個就不行，一年預算有4億，對不對？4億如果沒有執行的話是要扣除，好不好？好，那這一項是不是這樣？吳醫師可以吧？

吳迪代表

主席我確認一下，你剛剛說關於定義就是說，比方說我們第2項，血液透析、腹膜透析患者，洗腎，這兩個字，不是操作型定義嗎？

主席

不是不是。

吳迪代表

對，我說不是嘛對不對。

主席

那個（洗腎）根本就不用寫。

吳迪代表

對，我想拿掉。

主席

對啊，這個不曉得誰寫的。

吳迪代表

我們送出來之前沒拿掉啦。

主席

但背後括弧還是要有一些看是用什麼碼判斷，會後我們同仁跟吳醫師這邊就兩邊的操作型定義稍微比對一下，那這一項大概就這樣了，接下來下一項。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

請大家翻到討3-8，新增一項高齲齒患者氟化物治療，大家請看右邊本署的意見，本項雖然是專款，但只有一項診療項目，所以建議納入支付標準，不需要另訂新的計畫。另外，牙全會在高齲齒這個項目裡面註的第一項，限同院所已申報過89013C或89113C患者，查89013C是複合體充填、89113C是特殊狀況的複合體充填，是不是有做過這兩項診療項目的病人就是屬於高齲齒的病人？合理性如何？另外，這一類的病人是不是都需要塗氟？請說明一下。另外，專款的協定事項裡面，已經有訂有高齲齒病患利用塗氟要完整4次的比例，所以我們建議不需要再另訂評估指標在支付標準中，以上。

主席

好，有沒有說明的？來，請。

吳迪代表

我還是把定義重新說明，因為這個是寫在協商的計畫，不能隨便改，第一個我們要說明的是，在協商的時候談的所謂高齲齒的患者，應該指的是牙根部齲齒的患者，因為如果單單高齲齒的話，其實現在我們在齲齒認定，已經拆分為高齲齒率跟牙根齲齒率，有兩個名詞，這兩

者之間沒有絕對的關聯性，你牙冠部的齲齒率高，並不代表你一定牙根部齲齒率會高，比較大的關聯性還是在牙根外露以及口腔清潔問題導致的狀況，主要是因為牙根部沒有琺瑯質保護，而且裸露的表面變大，整個表面形態越複雜的時候，清潔的時候越容易出現問題。所以，這個部分的定義，為什麼要申報過89013C或89113C，他一定要有真的發生過根部齲齒的患者，才有屬於這個項目，不是說今天嘴巴裡面很多牙冠部蛀牙就屬於這個問題，小孩子就不會有這個事情，除了他的牙齒萌牙的時候位移，導致他的咬合不穩定、牙根裸露出來，才有可能發生這種問題，這種機率非常非常少。我們也知道牙根齲齒發生的比率在50歲以上的患者，主要跟牙齦萎縮、牙周病比較有關連性，加上年長患者在清潔上的問題，回到剛剛講的高風險疾病問題也會有相關連性，他們在口腔衛生保養跟操作性的問題沒辦法做那麼完整的保護，我們希望在牙根部口腔處理上，能夠用塗氟幫忙，讓他們的牙根表面有程度上加強的抗齲能力。但是這部分，我們就算真的想要跟其他的口腔疾病相關指數做連結實在有點困難，每個人體質跟自己操作清潔的能力不一定相同，今天必須要定義發生過齲齒幾顆才能算是高齲齒率，或者是評估他今天口腔衛生清潔控制的能力，都是很難定義的事情，所以我們只能比較簡單粗暴一點用這個方式去定義，雖然比較不是那麼理想的一個處理方式，所以後續能夠去追蹤的，主要還是包括去評估這個需求性跟患者的年齡還有牙周病治療的發生率，是可以做一些資訊上的連結，這是我們可以追蹤分析的。再來就是，成本分析的部分，我們行政人員，應該是我們的牙科助理，我不曉得為什麼表上面就只有行政人員，之前給我們的表好像都把牙科助理列在行政人員那邊，但後面就括弧一個牙科助理，我們再強調的是牙科助理需求的時間都是整個跟診的時間，這邊的行政人員占用時間，我們是把我們牙科助理列在這裡，謝謝。

主席

所以這一題，因為是高齲齒率的患者，你剛剛講說牙根的蛀牙跟非牙

根的蛀牙都是有可能是高齲齒，但是本項本來就是要針對的是牙根，對不對？牙根蛀牙問題會比較大，希望他能夠有氟化物的治療，也是一年4次對不對？現在重點是說你現在的註1，講的是89013C跟89113C，這兩個一定是牙根嗎？

吳迪代表

對，支付標準表是這樣寫。

主席

支付標準表是這樣寫，所以我們就限有這兩個碼就是牙根齲齒的，那需不需要限年齡，你剛剛說年齡，這裡有沒有寫到年齡？也就不管了？不限年齡是不是？

吳迪代表

對，因為這件事情我們必須要講說，雖然是好發率在50歲到55歲以上為高，但是並不代表說3、40歲就不會發生，當然這種問題執行在年輕人身上會更少，在自然分佈情形下我們去審視這個問題，執行上是不是主要發生在這些族群上面，在資料表現上是否出現不應該發生的事情。

主席

對，所以現在顯然如果有申報89013C跟89113C的人口是不少喔，可是他要做塗氟，這個你們要能夠確定他知道他做了塗氟，這件事情可能也要留意，不然到時候病人說我又沒有塗氟，而且這個有4次，你們用什麼方式來跟他確認說他有做塗氟？

吳迪代表

所以我們在討3-10這邊已經設定一個衛教單，必須要患者簽名知道我們做些什麼，而且我們在處置最後面有提醒他。

主席

你這個要簽名嘛對不對？

吳迪代表

對，而且要提醒他，配合正確的口腔清潔，不然塗氟自己不去配合，是沒有治療效果的。謝謝。

主席

好，那所以這一項也是這一次協商的專款項目，有1億8,000萬，這個部分就等於是塗氟4次，因為是專款，所以如果沒有使用完也是要收回的，所以全聯會既然爭取到了，就要為這群人多多服務，服務過程不要有服務的爭議，所以就確保服務沒有爭議，就是用這個衛教單病人簽名，這個衛教單有說醫師現在要幫病人做塗氟嗎？

吳迪代表

有，他在處置的部分有。

主席

針對根部高齲齒率的患者進行每3個月一次塗氟，你這個是在第一次就簽名，如果他沒有回來有人報了呢？因為他要4次嘛，那你第一次你真的有給他塗氟，這是一個衛教單，你教他說每3個月要定期回診，他如果沒有回診，其實是不能報的嗎？對不對？所以不見得這個有簽名就代表他一定都有回診？

黃代表克忠

第一次一定有做。

主席

第一次一定有做，那第二次、第三次、第四次我們怎麼知道有做沒有？一定要有回來，不是超過3個月就可以申報了啊。

吳迪代表

他沒有回診沒有執行就不能申報，現在只要回診，我們當然就是提供患者服務。

主席

我們不是說每一次你幫他塗都有一張確認單嗎？你現在用衛教單跟確認單，好像就有一點距離？

吳迪代表

像我們過去設計口乾症這個部分也是像這樣子，主要是讓患者理解他的疾病這件事情。

主席

可是這樣子就會有爭議，了解，我了解，那你有沒有可能這一張衛教單下面就給他4次，他每次來都簽名？這樣會不會更好一點？因為塗氟是透明的，民眾你給他塗他也不知道他有塗，到時候他說他沒有塗怎麼辦？

吳迪代表

說實在，我們過往塗氟的部分也沒有這樣子設計。

主席

如果到時候查核問病人說你沒有塗？

吳迪代表

小朋友塗也沒有在……，對啊，我們概念是這樣，我們還是跟他說，告知他，盡告知的義務，我們醫師有操作。

主席

衛教都好，現在就是有沒有確實執行，那理事長這邊覺得怎麼樣？視訊有代表要發言嗎？我們請陳代表。

陳清家代表

因為我本身到學校或在診所裡面塗氟的case很多，塗氟其實都要跟患者講，也有一個確認單沒有錯，塗氟的患者會印象很深刻，因為塗氟不是一個水性的，他是一個油性的，像我們叫氟漆，就像油漆一樣黏黏的，會讓他覺得整個牙齒都是黏黏的，我們當天也都會勸患者都先不用刷牙，所以這個會讓患者印象很深刻，只要你有一個確認單告知的話他印象是很深刻，不會說塗完氟患者都沒有感覺，不會這樣子。

主席

要不要有確認單？你覺得呢？

陳清家代表

那當然，所以我們到學校的時候會請患者確認，就在那一張衛教單上面寫。

主席

好，那理事長覺得怎麼樣呢？剛剛陳代表有說。

陳建志代表

如果你問我，我是相信醫生啦，如果要確認單，塗了4次，每次1疊，然後到那個病歷查的話，做一堆這樣，就會增加很多負擔，這個也是要考慮，像小孩子塗氟，現在在診所端的話也沒有確認單，大人自己都有自己的意識，他有沒有去做這個行為，應該很清楚，如果健保署如果認為說，可能執行一陣子吧，我覺得這個不是一個很重要的問題，應該彼此有相當的信任，尤其跟病人之間。

主席

好，那我們就執行一段時間，如果有爭議再提出來討論好了，好不好？其他有沒有意見？這個案子現在就是，這個是1億8,000萬的案子。

徐邦賢代表

我還是健說，像這樣子，這個本身的經費來源是專案申請，雖然我們除了塗氟，去除牙菌斑全部都有做，那其實這一個的話我們還是希望說，包括支付標準的設計還是要以專案的支付標準的碼來設計。

主席

P碼。

徐邦賢代表

對，還是希望說他能夠秉持著專案精神去檢討一下相關的執行率還有後續評鑑成效，這樣子會比較容易做一些識別，建議還是能夠用P碼。

主席

好，現在設計就是要P碼嘛，那就是區別了，好，這一項大家有沒有別的意見？

全民健康保險會 陳燕鈴組長

主席，主席，健保會這邊可以發言嗎？

主席

健保會燕鈴組長請。

全民健康保險會 陳燕鈴組長

依健保會協定事項，這是屬於高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，是一個計劃型別的專款，協定事項載明要提出具體的實施方案跟一些



管控措施提健保會報告，同時也訂了一些執行目標跟評估指標，如果是訂在支付標準裡面，較缺乏一個完整的服務計畫或管理監控計畫，因為是專款計畫，表示健保會委員還需要去看試辦結果，現在直接放到支付標準，好像跟委員當時協定事項有差距。還有，這個專款如果有一個計畫的話，比較容易做後續的評核跟追蹤，評核會也會去追蹤計畫成效，如果沒有計畫，那怎麼去評核？所以這部分還請審酌。

主席

好，燕鈴組長這邊是希望說他是有一個計畫，不要用支付標準來表示，是嗎？

全民健康保險會 陳燕鈴組長

是。

主席

我們原來是覺得計畫太多了，到處都是計畫，那小小的也是一個計畫，那這樣子計畫真的太多，有時候也是疊床架屋啦，文字太多，所以想說把它納入支付標準，但是支付標準用P碼，P碼其實某種程度也是試辦計畫在用的，沒有P碼的才是一般的支付標準，所以現在用支付標準來呈現，其實也是試辦計畫的碼，只是形式上沒有說有一個計畫這樣子。那燕鈴如果我們用P碼可不可以就來代替有一個計畫？因為計畫其實內容就summary，就是這些啊。可以嗎？

全民健康保險會 陳燕鈴組長

因為實施方案需要提健保會報告，我不知道委員的意見怎樣。

醫務管理組 劉林義專門委員

就是說我們很多計畫其實也都大概就是這樣的方式。

全民健康保險會 陳燕鈴組長

可是那些都是執行一段時間以後已經穩定了才納入支付標準，但這是第一年執行的計畫。

醫務管理組 劉林義專門委員

罕病也是用這個方式呈現。

全民健康保險會 陳燕鈴組長

罕病是直接協商一個支付的藥品專款，不是一個計畫型別。

主席

而且我們這個支付標準裡面，後面的附件都寫在這個支付標準裡面嘛？有嘛？他這個也有病患簽名，附件也附在P碼的後面就對了啦，其實某種程度形式都是具備了，然後就不要太多的疊床架屋這樣子。那健保會燕鈴可以嗎？

全民健康保險會 陳燕鈴組長

就是說，基本上執行結果需要達到協定事項的要求，所以如何去達到協定事項是重點。

主席

就是指是那個協定事項的形式，計畫的形式改成P碼，後面也有很多的附件，跟你寫一個計畫有很多附件其實是一樣的啦，我們感覺是一樣的啦，健保會可以吧？

全民健康保險會 陳燕鈴組長

這個會提報健保會，就看委員的意見。

主席

那我們是不是從簡的方式好不好？好，大家有沒有意見？討論到這議題？如果沒有的話，我們這一項就通過，接下來第四案。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

主席，補充一下，剛剛討3-5有講到牙醫急症處置，我們回去看了一下資料，西醫師申報的案件全部都是在牙醫總額裡面，以上。

主席

OK，他是用牙醫總額的錢，所以你們要修？因為你們的出發點就兩個，兩個都具備，所以這一項是不要保留了，要修對不對？所以保留又取消了，要修，然後你們是應該要同意提醫院總額的總額協商報告案，沒有問題吧？好，這個就確認了，程序就這樣，來討四。

醫務管理組 劉林義專門委員

醫院總額的開會時間是12月8日。

主席

12月8日。好，然後討論事項第四案。

討論事項第四案：

案由：修訂「111 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 韓佩軒專門委員

好，討論事項第四案是由全聯會提出修訂111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，那請大家翻到討4-3計畫第五點，預算來源，建議要明確寫出計畫經費，健保署沒有意見，以上。

主席

好，這個大家有沒有意見？這裡也有一些重複的修正，要說明一下？其他的也要一起說明。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好，請大家翻到討4-4，計畫第六點，因為計畫訂有先天性唇顎裂跟顱顏畸形患者的牙醫醫療照護，訂有醫院資格跟醫師資格，可是在實務上面在醫院資格跟醫師資格這個項目並沒有做審查，本署建議比照本計畫其他牙醫醫療服務的申請資格，由牙全會做審核之後送到分區核定？接下來大家再看一下討4-8、4-9，在這邊院所資格跟醫師資格希望能夠比照牙醫不足，那就依剛剛討論過的比照來修訂。

主席

好，還有其他的意見？來，請簡醫師。

簡志成代表

主席，剛剛講到前面討4-4就是唇顎裂計畫的部分，我們全聯會如果要去審醫院醫師資格是沒有問題，但是現在碰到一個情況，這些個案當是事前審，事前審是直接送署審，不會送到我們這邊，所以我這邊手上也沒有到底哪些醫院或醫師從事這個治療，我也無從去審起，是不是麻煩署這邊通知這些醫院或院所，如果他要送事前審之前，他要先送一份他的資料到全聯會，不然的話我這邊根本不知道他有送事前審到署這邊來，所以你要我去審那個資格，我也沒有這些東西，就

是哪些機構、哪些醫師正在做這個治療，因為現在唇顎裂規定是每個案件都要事前審，所以是說可能評估事前審就可以都……

主席

事前審的時候，事前審查的醫師可不可以一起審？事前審查的醫師？

簡志成代表

那如果事前審查醫師一起審，這邊就沒有辦法做處理。

主席

是，可是審查醫師也是全聯會提報的？

簡志成代表

對，但是內容他只要寫這些東西，就看事前審需要什麼資格，是每次都要附他的……

醫務管理組 韓佩軒專門委員

對，現在事前審就只是針對個案在審查。

簡志成代表

對，那目前署是希望我們牙全會做的是醫院資格跟醫生資格的審查，但是我們手上沒有這個資料，所以我也不知道哪些醫師要送、哪些醫師不送，所以我也沒有辦法去做這個check的動作，因為這個資料名單還是在署這邊才有。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好，那是不是可以麻煩全聯會，本署會通知執行的醫療院所跟醫師在事前審之前，先要把醫師跟院所的資格送到全聯會審核，審核過了送分區，分區才會接受他的事前審查，好不好？

簡志成代表

可以啊，那這樣的話順便請教，是我們這個譬如說同一位醫師、同一家醫院，他是一年審一次就好，還是他每個個案我們都要審一次？

主席

不用啦。

簡志成代表

不用吧，所以這個部分麻煩可能要跟醫院端確認一下才知道怎麼去

看，因為可能譬如說他如果有資格，他年初送過來我們就全都過，那業務組這邊也好處理。

主席

就是如果他送給全聯會這邊，醫院資格跟醫生資格確定都合格的話，我們就建檔，建在電腦檔裡面，以後是這些醫師送過來的個案我們當然不需要再審，就直接送事前審查審病人就好了。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好，審過的醫師跟醫療院所本署會建檔，如果有變更的話就請再來審查。

簡志成代表

沒有問題，那這部分可能要麻煩署這邊去通知那些院所跟醫生，因為我們並沒有這些資料在。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好，謝謝。

主席

OK，好，那再往下。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

接下來請大家翻到討4-12，因為之前遇到機構從身心障礙機構變更為精神護理之家，導致不符合本計畫醫療團提供服務對象，大家可以看到左列，在護理之家的部分，看一下討4-13，第7行，一般護理之家，在年度有限定兩家為限，但是因為養護中心改制成精神護理之家，所以不符合照護的對象，建議將一般護理之家改為護理之家？因為護理之家包含一般護理之家、精神護理之家跟產後護理之家，其中一般護理之家跟精神護理之家有可能會接受大家的照顧，以上。

簡志成代表

不好意思，這裡回應一下，因為我想醫療團從一開始到現在對護理之家開放一直是持比較謹慎的態度，那大寮這個個案我想大家都知道是特例，我們不希望變常例，常例的話可能後續審核的東西就不是我們全聯會能夠處理的，我不知道有需要為了一個特例改嗎？我們希

望是不是還是保持原本現在這個情況，如果之後真的有特例我們再討論，因為目前為止，這個情況不見得我們能夠去處理這些狀況。

主席

可是如果文字不動的話，大寮就不合格了。

簡志成代表

大寮當初是特例允許啊，如果改成這樣，之後有類似像大寮來申請，我完全擋不住。

主席

可是這裡有限兩家為限，而且兩家已經滿了。

簡志成代表

那就看，如果這樣的話，這邊如果覺得OK，我們是沒有問題，只是我們的問題在於說如果真的開放，我們這邊是完全擋不住的，那社家署這邊願不願意承擔，因為這邊是以社家署擇定的，照護司是不是可以處理這樣的一個狀況？因為只要照護司說OK其實我們就必須完全接受。

主席

因為這裡是寫說兩家為限，擇定含109年增設的兩家，所以現在全聯會這邊可能擔心的是，如果拿掉的話，所有的其他精神護理之家可以來的話……

簡志成代表

因為他們大概都知道循大寮的管道去做一些爭取。

主席

就是照護司也都同意的話，我們也擋不住。

簡志成代表

因為我們收到要去執行，既然有我們就要去執，只是說這個部分後續可能產生這些問題。

主席

那你們認為要怎麼修呢？你總要有一個，你認為要怎麼樣把大寮含進來？你總要有一個讓它正名化？

簡志成代表

沒有，以我們的立場是沒有辦法，沒有能力去處理這件事，如果說署這邊要更改的話，我們沒有意見，但要麻煩照護司這邊做好把關的動作，如果照護司做好把關，怎麼寫我都沒有意見，你把它開放到所有的護理之家都沒有問題，但是如果照護司這邊沒有去做把關……

主席

有可能啊，因為大家也希望是多一點得到，那你們的意思是說如果萬一開放的話，你們的醫療團是沒有辦法因應的？

簡志成代表

第一個，他的護理之家數目太多了。

主席

對，你們沒辦法因應？

簡志成代表

沒辦法，以現在的情況，真的，在從事特照這一塊的情況，也擔心到當初擔心的，大家都看輕度的去排擠掉重度的，這是我們最擔心的這件事情，因為大家一定會去看輕度的嘛，輕度的都已經看不完了，重度的怎麼會有人去看？不是我們當初的原意。

主席

就算是原條文，一般護理之家說不定也擋不住？

簡志成代表

因為目前情況來講……

主席

因為你寫一般護理之家，這邊你看文字，由照護司擇定的，而且是含109年增設的兩家為限，如果就這個文字都不動的話，其實家數是會增加的，只要照護司去擇定。

簡志成代表

所以我們當初設限就是一般護理之家，如果一年2家我們也只能去配合做處理，但現在如果又開放的話，我相信精神護理之家的power會比其他還多，如果他們去展現這些power出來我們都擋不住，我們也

只能去看，不然到時候變成我們沒有執行，執行之後變成大家都去看這個，其他重度的就排擠，這也不是我們想要預見的，每年評核也都在講我們都看，重度、極重度比例比較少，希望我們多看一點重度、極重度的啊。

主席

這一項是不是請醫務管理組佩軒專委再跟照護司稍微商量一下，了解他們的狀況好不好？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好。

主席

這一項稍微暫保留一下，免得修得不好的話到時候大家都沒有辦法因應。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好。

主席

好，那我們再往下走。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好，接下來，醫師及院所資格的部分我就不贅述了，請大家翻到討4-17，在費用支付及申報規定新增本計畫不得申報0-6歲試辦計畫的醫令，避免醫療資源重複挹注，健保署同意修訂，但是考慮可能會產生收案前後順序的疑義，建議明定屬於身心障礙者就是由這個計畫來收案？請大家翻到討4-18，全聯會建議新增申報本項執行期間限制，把0-6歲不能申報的P碼列出來，建議其實是可有可無，因為已經規定不得申報。另外建議應該還要再增列，不得同時申報92072C還有92051B，以避免資源重複挹注，以上。

主席

來，請簡醫師。

簡志成代表

主席，不好意思，這裡補充。針對第一個是否只限定有手冊的只能報



身障計畫，我們當初沒有這樣寫考慮到一點，因為這有兩個情況，第一個是病人是0-6歲資格符不符合，第二個是醫師符不符合16或者是0-6的資格。一個情況是醫師沒有符合16的資格，這個患者是身心障礙者，他來到這邊他怎麼辦？他只能走0-6歲的專案，所以我們才沒有把他寫這樣排的效益，因為你必須要有這樣的情況，因為這排列組合會有這樣的情況，病人符合資格，但是醫生沒有這個資格來做，這樣的話對照顧病人來講，他最大的權益就是用0-6歲來幫他照顧。我們是希望醫師可以加入16範圍，但在還沒有情況照顧之下，所以還是必須留這條路讓他們去做處理，不然到時候只有手冊的小朋友在非16的院所就沒辦法得到照顧，這第一個。

第二個是，不是不得同時申報，是指90天內不得再申報，應該當次不會報2次塗氟，那我們是沒有問題，只是說因為現在東西越來越多，是不是這一項我們到時候可以請到明年計畫，因為像剛剛前面還有一個高風險齲齒又有一個塗氟，是不是這些要互相寫一下，是不是說我們把這個整理一下，明年計畫再把它完整，今年就先過這樣的情況，先把0-6歲寫進去？不然的話到時候可能會牽扯到這個情況，因為像剛剛前面有一個高風險，對不對，這些東西太多，可能要麻煩醫審那邊幫我們想一下，要哪一邊互相寫，不要說我這邊不能報，那邊又能報，到時候又造成一些邏輯上的問題，這是已經討論過可以把0-6歲這不會重複申報先處理，之後其他的我們請醫審會整理一下，在我們明年修計畫的時候把它完善一點，不知道這樣可不可以？

主席

其實那些計畫已經明年就要執行了，所以如果會有一些衝突的話，明年就會發生，不會說等到明年之後才發生，那就會無所適從了。所以，因為這個案子剛剛已經有一個大察暫保留了，所以這個案子顯然如果依序的話，連這一項，是不是把其他的計畫看怎麼樣不要讓重複申報都寫完整一點，避免到時候碰到的時候大家無所適從。

簡志成代表

那到時候是不是可以，這幾項保留的我們討論，其他可以先公告？還

是怎樣？不然的話其他有些再去做處理相對醫師資格……

主席

那技術上我們來看看好不好？

簡志成代表

對，因為比較起來前面那個醫師資格嘛，有些可能醫師資格被卡住，但這東西可能對權益影響會比較大。

主席

好，我們就是等到今天都討論完了再看一下，好不好？好，然後再往下。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

請大家翻到討 4-32，針對本計畫相關規範(18)有提，如果遇到特殊情況的話，可以用就醫序號特定代碼 C001 申報，並以例外就醫名冊代替詳實紀錄，牙全會希望增修 C001 的項目，C001 是例外就醫，代碼是指首次加保 1 個月內，或者是補換發卡 14 日內，全聯會提到至機構服務的時候，發現有一些住民的健保卡被家屬拿去領五倍券，或者是拿去領藥，所以在當次服務的時候沒有健保卡，如果要欠卡的話，又沒有辦法在十天之內補卡，因為醫療團下次來機構的時間，可能是 1 到 3 個月之後，所以沒有辦法依照醫療辦法第 4 條的規定做欠卡跟補卡，所以希望 C001 這個項目可以把這樣的情形加進去。大家看第 3 點，統計 109 年，在這個計畫 17 萬 2 千 163 件裡面用 C001 的總共有 508 件，占率是 0.3%，在醫療辦法的第 3 條就有規定，病人如果來就醫的話，一定要驗證健保卡，那另外在第 5 條，就是說欠卡，然後 10 天內來補卡，如果說沒有辦法依期限內來補卡的話，其實在 6 個月之內，如果是不能歸責於民眾的話，是可以來申請醫療費用自墊核退，另外，在異常代碼有很多項目，其實這些項目，病人不是沒有卡，而是醫療機構可能是電腦壞掉，停電或者是說資訊故障，所以基本上來講，病人有帶卡來，是因為這些故障情形，才可以異常代碼，總而言之沒有帶卡的話，就是要用先繳費，然後再補卡來辦理，到底 C001 要不要增列這個情況，提會討論以上。

## 簡志成代表

主席、各位大家好，我來補充說明一下，事實上，因為這個辦法一開始就有設想到這些可能有些沒辦法去苛責的情況，所以當初我們在辦法裡面寫了一個 C001 例外就醫，那之前一直行很多年來這都沒有問題，而且比例也不高，但會主要會提出來是因為，近期來可能署有跑 C001 的專案，例外就醫，他是因為進來才會領的，還是換卡中間，才會跑這個專案，跑這個專案的時候就會把我們這個案子，這起，這個代碼跑出來，要先去做普篩，所以才希望我們可以去變更，所以我們才在提出來，只是這個碼，我們沒有辦法自己寫，我沒辦法自己寫說 B01 對，哪個數字我們要自己寫，所以我們才提出來說，麻煩業務組能給我們一個可以的代碼，因為的確不要說醫療團，身障、醫缺，很多地方都這樣子，你去到那邊，他外診的照顧的對象，他就是沒有健保卡，那當次你要不要看他？我們看他的時候，那就依照現在只能用一個欠補卡的程序，但欠補卡，我們怎麼去跟，譬如說醫缺行為的小朋友，或者是身心障礙的患者去收這個欠補單的費用，那如果沒有，我們要不要看？如果確定他是有健保身分，他不是沒有健保身分，那我們是不是可以用，那時候才會有一個特殊的代號，那當然如果會不會覺得說，會不會浮濫？如果像剛講如果浮濫，我想醫管等等就會去做一個查核，而且我們到目前來講，我們也只有 0.3%，事實上並不是說會有這樣的一個情況，只是說目前會跑到 C001 這個代號，會跟署跑的專案衝突到，所以是不是可以有另外一個代號，以上謝謝。

## 主席

其實，這個異常代碼都不是正常的，當然各種狀況都要給他一個代碼的話就是編不完，這邊如果有一個異常代碼，是你講的那種情形，就是他沒帶卡，他爸媽沒有給他卡，他爸媽去拿五倍券了，如果這個也是異常代碼的話，就會到處都是，所有正常就醫的也都可以用這個理由說，他沒有卡，而且不要自動去補辦，這樣的情形會被推廣出去，。所以我們其實異常代碼，很多都是不可抗力，很多都是類似說，像剛剛 C001 就是說，他是在申請卡片，還沒有拿到卡片的時候的狀態，

對不對？或者是換補發的期間，這種都是屬於我們要要求他也很難。

簡志成代表

不好意思，主席，因為這個情況不是現在才有，因為最早之前的發展 C001 之前還有一個代碼叫 f000，後來是署這邊又有問題，才叫我們又改成這個，那現在是，因為 C001 在跑專案又有問題，才要我們再改，所以我們的辦法這邊沒有把後面那些什麼禮券什麼寫上去，而是寫說因為特殊狀況，無法登入才給代碼。

主席

特殊狀況，用特殊狀況的話，那真的就是太多。

簡志成代表

因為我們碰到一個問題是，那如果今天這個狀況，那我們要不要看這個院生，或這個住民，是我們就不看？

主席

你可以看

簡志成代表

但是沒辦法請費用啊！

主席

他要自費。

簡志成代表

問題是他們院生就沒有費，身障院生，我跟誰收費？然後剛才講一樣身心障礙。

主席

所以其實基本上就是，那些院生有沒有健保卡，其實院方應該知道。

簡志成代表

對，所以他們是有健保，但是……

主席

我知道，你們要去服務，院方該幫這些孩子能把健保卡都準備好，如果是放在他父母那裡，應該要拿回來備用，大家都要為這個程序負一點責任，兩邊都不負責的話，最後就變成健保去買單，那就什麼碼通

通來了，用一個特殊狀態去處理，就會被不斷的推廣啊，因為每個人都可以，而且不限你身障的場合，一般就業也有特殊啊，對不對？

簡志成代表

對，所以？

主席

所以這個是不是我們暫保留啦？

簡志成代表

都可以呀，因為如果暫保留現在就是指沿用 C001，因為辦法本來就選用 C001。

主席

對對對，才能符合 C001 的條件。

簡志成代表

因為現在每年業務組就會跑專案出來說，用 C001 要我們去說明這樣子啊。

主席

C001 就要符合條件，你不能把你剛剛講的說他爸媽把他的健保卡拿去換五倍券，所以身上，五倍券也不會一天到晚換啦，這個理由也結束了啦，對，以後也沒有要換五倍券的場合啊，對不對？

簡志成代表

那因為就是如果，真的碰到狀況不適用卡，那他又沒有錢可以做所謂的這樣情況，是不是可以不看？

主席

所以大家都要為這個既定的程序要負一點責任。

簡志成代表

對，如果說到那樣情況是不是可以不看，因為這個碰到一個問題，譬如說他就牙痛，我到底要不要看？可他就沒有卡，看了我又沒有辦法申請。對啊，因為我們就是碰到這種。

主席

在一般診所也一樣啊，我今天生病要去看，我就是沒帶卡，我要看，

那你要不要幫他看，他有你要幫他看的程序。

簡志成代表

對，我知道那就是一個押金的部分，現在是押金的部分，院方也不出，病人本身也沒有錢，那是要誰來付？對啊，我們的情況是這流程，如果說我們可以這樣就沒有辦法去看。

主席

我覺得像你這種情形，不會只有你到身障機構，是任何場合可能都有這種問題啦，那些狀態是這樣，這個社會的狀態就是很多，我知道簡醫師一直要排除這些人的就醫障礙嘛，對不對？希望他們能夠得到就醫，可是這些孩子在這個身障機構，理論上父母也要為這些孩子著想的啦，他父母不應該說把卡片拿走嘛，對不對？那院方也知道你甚麼時候要去服務，三個月才去一次，為什麼這個時候要把健保卡拿掉呢？所以我覺得這個社會是要互相包容，把程序走完，要不然的話，所有人都異常，那以後大家都可以不要拿卡，那怎麼辦？就會亂掉，所以我們再觀察一陣子好不好？這件事情我們就先這樣，那五倍券也不會再發生了，沒有天天在發五倍券，好，那這案是不是就談完了？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

對，後面的附件三跟附件四，我們沒有什麼意見以上。

主席

好，這個案子我們就有一點保留了，一個是大寮養護中心的，還有一個就是費用支付及申報規定增列不得同時申報 92072C 還有 92051B，那這兩項先做保留，其他的部分就先通過好不好？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

好。

主席

好，那再來第五案。

徐邦賢代表

主席，不好意思，我能不能稍微回饋一下，就是剛才我們支付標準 92093B，限牙醫師申報，我們就是全聯會也先暫時保留，讓我們跟醫

院充分溝通完之後，我們再提上來。

主席

所以你們今天的決議暫保留。

徐邦賢代表

對，先暫保留，不好意思，我們沒有後續有主席有敘述到說我們要分其他的總額去做一些相關討論，這個是我們當初在討論的時候的確不知道會有的狀況，所以讓我們都先溝通完之後，然後如果說有需要修正，我們再提上來，好不好？ok。

主席

因為我們如果要修 92093B 限牙醫師申報的話，就要提共擬會議，共擬會議就會有醫院的代表在場，醫院的代表看到這項如果他有意見，你也過不了。

徐邦賢代表

對不起，那能不能請提供我們就是那個 109 年 360 件的相關的一些資料，因為我們很怕說他是一個集中化。

主席

可以，但是如果那個是 109 年的數據，108 年如果更多的話，可能要追蹤幾年，因為它可能不是只有 300 多件，如果 109 年的 300 多件是比較異常的話，那之前的更多的話。

徐邦賢代表

108 年是 1,963 筆。

主席

對嘛，差這麼多，那 1,000 多件的話，他應該不會集中啦。

徐邦賢代表

我們還是希望說有資料的話，我們可以彼此之間更了解，這樣子協商上會比較更合理。

主席

好，可以，我們就資料給全聯會。好第五案，這邊邱醫師。

邱昶達代表

主席好，這個 92093B 我特別補充說明一下，因為當初這個碼是我們中華民國醫院牙科協會小弟我去爭取的，那他當初主要的問題就是說，在西醫的部分，因為牙科醫院急診有兩個，申報總額，第一個是他掛西醫，會診牙科，所以他會從西醫總額支付，那有些醫院，他是從牙醫總額，牙科直接掛牙科的急診，他會從牙醫門診總額支付，所以當初 92093B 是西醫，如果我沒記錯的話，是西醫的部分反對，會吃到他們總額，所以那時候的健保主委，許世民出來後來跟我們溝通說，謝謝全聯會，他們從後端撥補回去給他們，從後端代碼這個 92093B，撥補回去給他們，就是有這個部分，所以基本上沒有回答就是要確定就是真的 92093B 所有的經費都是由牙總額支付，那現在癥結點就是在西醫的部分牙科要不要付？其實這還有另外一個癥結點，因為當初，牙科夜間急診加成，那如果我們付了 92093，那那個夜間急診加成 50%，那還要不要再讓他幫他付，這個也要一併考量，以上報告。

主席

這個就是更加複雜，本來沒有急診加成 50% 就已經有點麻煩了，現再加上 50%，要誰付錢的問題，邱醫師剛剛再補提的這一塊，就麻煩你一起列入一併考量，那如果要先醫院總額再協商的話，那我們這個案子就暫保留，好第五案。

### 討論事項第五案

案由：修訂「111 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」。

林鎰麟代表

對，其他，很感謝這次署站在一個全盤的考量，我覺得這個是非常好的，那唯一剩下的就是，獎勵發放這個部分，我們還是要代表醫缺小組的立場，希望能夠繼續保留，事實上我們對於這個方案，都一直有內部的檢討，我們已經有做一些設計跟修正，後來結論在這個時機上，可能比較不適合提出來。根據這個固定式治療椅的數據，我想我們建



志理事長應該有很大的這個委屈，他可能要跟大家先說明一下，這部分我們是不是請理事長先說一下？

陳建志代表

那其實偏鄉弱勢，是我任內一直很堅持要做的事，所以上來的時候，我就關心這個花東，尤其是花東地區，還有屏東這些偏鄉，其實不是有治療椅，而是要有堪用的治療椅啦，設置一大堆治療椅，結果發現那些都壞掉了，然後需要換掉，現在台北市可能 300 塊或 3,000 塊可以處理，但這樣到花東沒有人要去幫忙處理，所以我那時候發想就說，不然來換新的，然後廠商也願意做保固，那總體的費用，我跟各位報告，花蓮已經設了 14 張新的，然後台東 8 張，高雄 1 張，一共有 23 張，在這個月都已經設置完成了，那接著明年我預計在屏東(或其他有需求的點)再設置 14 張(都在醫缺的點)，那一共設置了 37 個點，總經費是 720 萬，那這個都是我們陸續要達到的啦，那在 12 月 22 號，我們有一個記者會，就是關於我們花東的，剛剛所報告的 14+8，還有高雄的共 23 張治療椅，希望大家能夠共同來參與，給偏鄉一點關懷、一點鼓勵，所以我覺得這個獎勵條款我們真的是做的超前部署，我們不是用舊的治療椅，你要叫我舊的治療椅再去買，這都沒有用，還是要做好的給偏鄉，給這些孩子能夠更好的關懷，再來一個可能點，就是說台東那邊有巡迴醫療巴士，有些點我們上次也評估說，有些資源我們並不需要在當地設太多的治療椅，我們把那個當初在評估這個點的時候，我們都是需要把錢放在刀口上，所以增加量其實也不是重點，是應該增加質，還有增加需求，以上做這些說明。

主席

好，非常謝謝陳理事長在偏鄉的努力，這樣一張診療椅要 20 萬左右，所以這個非常的感謝啦，能夠申請 37 個點，所以陳理事長講的很好啦，就是說，接下來就是需求要多嘛，不要把診療椅都換了之後，大家都沒去用，就更加的可惜了。好，那我們這邊討 5-1 這三項通過，討 5-2 第四項你們也通過？就是設了巡迴點，一定要有人去用，因為我們巡迴點設了，醫生有去的話，我們就有論次的費用，那你那個

點如果設的地點不夠好，是不是要評估換一個地方？這個應該比較實際一點？至於說醫師願意多去看，你算平日 ok 啊，那假日大家願意多去看也是很好的。再來就是獎勵項目，現在是都沒達標的比較多，所以林醫師這邊是希望繼續留著嗎？是不是？

林鎰麟代表

對，因為這個疫情的關係，所以服務天數跟人數，還有包括 12 件的根管治療，都是跟有連動關係，看診人變少，當然完成的案件數就會變少，而且根管治療是屬於困難治療項目，在醫缺偏鄉地區來說更是如此，所以我是想說這些整理過的很多改革的想法，如果說可以的話，看是不是能夠不要在每年這個時候在提出來？是不是可以事先溝通然後跟署這邊有做一個討論，就好像我們溝通那個 SOP 感管一樣，事前先做一些溝通，那也許可以了解一下彼此的立場，然後再傳給主席這樣，那不然的話，我覺得有一些想法也許需要討論才好，希望能夠保留獎勵方案。

主席

因為今年也是疫情啦，這時候把獎勵拿掉，我們也覺得不好，那當然在保留一年，但明年就是要提前討論啦，到底怎麼樣的巡迴醫療的品質到底他們能不能獎勵，這一項今年不會動，但是就是明年要提前討論。再來的話就是六職業計畫，刪除四湖鄉 ok 吧？這個已經有，當地已經有診所，然後新增番路跟大武，這應該沒有問題吧？大家有沒有意見？沒有嘛。再來就是巡迴地區，新埔鎮這個是 ok，新埔，新埔是不是當地有 3 家診所？那現在 3 家診所的同意書都送來了嗎？這 3 家都是新埔是不是？姿擘科長。

醫務管理組 呂姿擘科長

新埔鎮的部分是確實已經有收到同意書了。

主席

是這 3 家嗎？

醫務管理組 呂姿擘科長

3 家，對，那個是在附件二的部分，因為剛剛看到那個是補充資料，

等等的另外 2 個區域，在附件二的部分其實這 3 家的同意書，我們都已經有收到了。

主席

討 5-59 頁。

醫務管理組 呂姿曄科長

討 5-58 跟 5-59。

主席

好，ok。所以新埔鎮的部分，新埔鎮的部分，大家也沒問題了，對不對？然後宜蘭冬山鄉的 2 個村，沒有問題嗎？姿曄。

醫務管理組 呂姿曄科長

因為這 2 個點就是包含宜蘭冬山鄉跟台南將軍區，我們今天早上都有收到牙全會傳真的同意書。

主席

補充資料一共有 4 家，將軍區是 1 家嗎對不對？冬山鄉是 3 家嗎？是不是？所以都是 ok 的，好，所以這些點就都同意了，就是現在的新埔鎮、將軍區跟冬山鄉，將來都可以去做巡迴計畫，對不對？大家有沒有意見？好，沒有的話，這一案就全部通過了，好不好？好在來討六。

## 討論事項第六案

案由：修訂「111 年全民健康保險牙醫門診總額急診醫療不足區獎勵試辦計畫」案。

陳建志代表

好，主席我說明一下喔，為什麼只有一家醫療團願意承作，因為其他人都不敢，所以其實，剛剛 110 年 1 月到 8 月申報論次費用，有 226 診次，因為是疫情，所以在疫情期間，事實上我們 5、6 月的那時候因為到醫院都要做 PCR 嘛，所以牙科急診那陣子有關掉，所以這個是低估的，那我是這麼認為啦，因為預算確實是有限，如果說按照我們全聯會提的，就是說每一個診次要 4,000 塊的話，其實牙醫

師 1 小時也 1,137 塊，4 小時也 4,000 塊，這樣會超出預算啦，我想時間也晚了，我是不是可以這樣的請求，我們在有限的資源，給這些醫師一點鼓勵，那是不是我說 4 小時就給 1,000 塊就好，其實一年算起來是幾十萬，那其實對這些醫師來講，他們如果今天晚上待診，都沒有病人的話，他們的金額就是 0，我這樣說是比較不好意思啦，不過我常常舉例說大樓管理員，今天沒遭小偷，也是要給他錢，這些醫師是有負責任，他晚上洗澡、睡覺都要拿著手機過夜，他也是責任制，那不需要給太高的金錢，但是總是給一點鼓勵，他一小時給幾百塊，我覺得就是一個象徵意義嘛，他是一個時段嘛，所以一個時段，我們加起來就領 1000 塊，我是覺得這樣費用跟我們提的差很多，就壓縮了很多了，以上。

主席

那個這個原來向健保會提的這個牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫現在已經要邁入第三年了，才 1 個點，其實當時協商的這預算 1,200 萬是至少要做 2 個點，那現在我們看了一下今年 1 到 8 月這個點，現在在實施這個點，只看了 400 人次，所以平均一天看不到 2 個人次，去年 109 年看了 798，算 800 人，一天也是大概 2 人多一點，平均一天，因為都是夜間待診，對不對？也就是每天都有，所以現在顯然如果我們覺得，因為預算執行率一直都不高，好像預算執行率 15%，所以感覺上好像還有餘裕啦，可是，其實這個餘裕是希望能夠服務更多縣市，現在有牙科急診的需求，如果本案可行就應該推廣，像雲林不是更缺嗎？當時爭取的這個預算很顯然不是只為了營運 1 個點，對不對？所以不知道全聯會這邊有沒有計畫明年要把這個計畫擴充其他的點，現在有沒有這種規劃，或者是一直都只有 1 個點？

陳建志代表

我想這個是我們王棟源理事長，當初他的很極力推廣的志願啦，雖然他現在已經不在場，不過我還是執行他的意志啦，因為當初也是希望是在雲林、宜蘭還有新竹。

主席

從宜蘭到雲林到嘉義嘛，現在剩下你的縣市。

陳建志代表

所以我不能被沒有阿。

主席

但是你要彌補啊。

陳建志代表

但是現在就說，我一直要把他訂下去，其實我為什麼會說，你就給他一個獎勵，我不需要多啦，給他一點那種獎勵，讓他覺得說，我們對他們有一點這樣的支持，就是因為看的病人少，可是他每天也是要待診。

主席

所以他會評估這個成本效益啊，而且有沒有去評估說，他現在看的病人是處於哪一種病？晚上讓一個醫師這麼辛苦的在那邊待診，然後又夜間出診，那究竟是去處理哪一種一定要他出去的病人嗎？還是只是其實也可以隔天在看的病？這個其實是要去處理的，否則這件事情可能就不知道怎麼辦，因為他是一個不公平的，因為當然試辦嘛，所以現在只有 1 點，但是如果真正評估出來說，他們現在處理的這些病人，其實都是真的要立即處理的，那就不只嘉義有這個需求，全國都有這個需求，但是如果評估出來之後其實你耗費了醫師這麼辛苦，你剛剛也說待診也很辛苦，我也同意很辛苦啊，那更別講說待診又出診，對不對？現在就是，這應該要去評估，這一兩年來看的病人是不是一定要立刻去看啦？我覺得我是這樣認為，就說如果真的要去看，那就不會只有嘉義有這個需求，他會又牽涉到是一個不公平的狀態，而且是極不公平。

陳建志代表

也不是只有嘉義有，如果要根據比如說六都大都會區，他們本來就是。

主席

所以啊！你應該讓點更多，才符合需要。

陳建志代表

我針對需求大概是 10 幾個縣市，那就是目前沒有牙醫夜間急診的縣市，那嘉義也不是只看嘉義，嘉義就看到雲林，雲林嘉義縣、市。

主席

不曉得全聯會這邊有去評估說，那兩年這些辛苦的牙醫師，去看的病人？

陳建志代表

我們有統計到底去看了哪些。

主席

對嘛，那應該去評估病人急迫性已經急迫到要牙醫師待診，這樣子才有意義嘛，要不然你就會變成在那邊待著，可是那個病人可以先簡單處理一下，給止痛，隔天就有很好的醫師幫他治療，也不要讓醫師那麼辛苦的在那邊待診，其實你這兩邊都要考慮，這個確實是一個需要兩邊考慮值不值得，因為已經兩年了嘛。

陳建志代表

我覺得值不值得，這很難用金錢去衡量，因為南部的病人，他晚上都很早睡覺，像台北晚上，你說他來看診，那你會懷疑他是不是夜間門診不是急診，我們南部人通常 10 點的時候路上只剩下狗在走，那幾乎來看診的都是急症的病人，因為當初我們在執行的時候，接案的人不是牙醫師嘛，是急診，所以急診他有他的處置方式跟我們訂的適應症，不要說牙醫師來看一看，然後跟你說你這個不符合急診的要件，那我們還要退號也麻煩，所以基本上我們所有的急症都是經過審慎的評估他的需求來看，那如果他沒有甚麼，我們急診那邊就退號，目前執行的狀況，大概是如此。

主席

因為其實像現在所有醫院都有急診，急診有時候時段也沒有病人，晚上待命，可是我們沒有病人也沒有辦法申報費用，我們也沒有出診，我現在講的是說，醫院的急診部門，我們也沒有待診費，現在醫院的急診室喔。

陳建志代表

現在比較尷尬的一點是，醫院他們的待診費用是因為醫院會給他們薪資的足夠的部分，那平日的話，他們急診在12小時，大概是假日是2萬4，那平日大概2萬，但是我們這些人都不是醫院的員工，我們很多都是卸任的理事長或公會理監事，所以第一個我們也沒有勞保、健保，甚麼都沒有，也沒有保險，所以我們現在去那邊不符合醫院。

主席

我們現在話要說回來，就是說到底這個計畫要怎麼走下去？是不是還會有新的點？

陳建志代表

我的想法是說，要把這個點先要留下一個根，才能夠開枝散葉嘛，那為甚麼說既然經費目前在我們的使用上，還有一點空間的話，那我也要求不多，我感覺說我就是撥一點小錢，然後鼓勵更多的醫生願意來參與，那下一個點才能夠長出來啊，我是這樣的想法啦，如果說給了錢，又覺得這樣，然後評估效益也不好，那我乾脆就關掉就好啦，我是這麼認為。

主席

所以現在也還沒有評估嘛？現在已經兩年了。

陳建志代表

遇到疫情嘛，都是疫情，這很尷尬就是這樣啊。

主席

所以理事長覺得一定要通過這個。

陳建志代表

因為我要對王理事長有所交代。

主席

其他的委員有什麼意見？理事長都先講，其他委員有沒有甚麼意見？專家學者？來專家學者，還有遠端的專家學者？視訊的？先請黃教授。

黃純德代表

那我可以了解陳理事長的這個願望啦，就是說也希望能夠執行這個王前理事長的一個遺願啦，王前理事長的一個理想啦，當然要講起來，因為如果說是急診的話，可能疫情的影響大概不會那麼大啦，不過這個事情也是或多或少都會，這個也是很難講啦，所以我是覺得說，如果可以的話，我們還是先繼續推動一陣子，如果說再不行的話，明年我們再結束，或者怎麼樣，那個時候再做一個打算。

主席

黃教授，他現在的爭議就是待診費用該不該給？

陳建志代表

現在是都沒有啦，那我希望是說 1 小時給幾百塊，一個診就給 1000 塊。

主席

待診費。

陳建志代表

因為現在是沒有編進去，現在這些醫師如果晚上待診沒有病人，健保是零，當然全聯會提出是說，待診費希望 4 個小時給 4000 啦，我現在是希望 4 個小時就給 1000，就是給他一個誘因，讓未來有更多機會去成立這些急診的點，在預算的範圍之內。

黃純德代表

晚上叫一個醫師出來待診，4 小時只有 1,000 是有點太少了。

陳建志代表

沒有，我們嘉義人很好過日子，這樣就可以了，我想這樣回去就有辦法交代。

黃純德代表

理事長如果說認為可以的話，是 ok 啦，不過我們總覺得，待診這事，晚上出來的這個醫師還是有很多的風險，所以能夠給再給他們一些是可能比較好，不過這個錢是從哪裡來？從專款出來，所以如果健保署可以的話。

陳建志代表



我們是要 4,000 啦，啊是感覺很抱歉，我想說我很老實，如果黃教授要加碼，我是可以再加。

主席

好，我們再邀請那個，何醫師何世章醫師，也是專家學者，好，何醫師在嗎？何醫師你有沒有意見？

何世章代表

病人原則上就預約，出來為大家服務的醫師畢竟現在也是現在越來越少，這個要列入考慮的重點，所以到現在做這些的醫師都是有一股熱忱的，讓他打退堂鼓的話，醫師會越來越來少，就是我一個考慮的問題，我覺得這個要不要，可能實際上會差很多。

主席

嗯，好，謝謝，謝謝何教授，那再來是，陳院長？陳院長在嗎？好陳義聰陳院長不在，好，這個案子，我們基本上今年是暫保留，因為預算都在啦，所以不會取消，除非你們要取消，明年就不要再編這個預算對不對？現在待診費用，既然理事長這麼說，就同意 1,000 元？那明年就一定要徹底的檢討，要去對檢視結果，到底這些病人是什麼樣的狀態？緊急的程度是怎麼樣？還有這些成本效益，以及還有醫師的意願，還有醫師覺得這樣子犧牲了晚上在那邊待診的效益是如何？是不是真的有達到計畫目的，這個明年在編總額協商之前一定要檢討，好不好？好，那再來討七。

討論事項第七案

案由：修訂「111 年全民健康保險牙醫門診總額 0 - 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」案。

主席

好，謝謝，那這個部分，大家有沒有意見？

林敬修代表

當初我們在開會的時候，其實是依照上次的一些意見，在整個公告內容不完備的時候，我們再提出修改，包括說我們講說，退場的機制啊，

醫師是不是要把原來的病人，繼續把他看完，我們上一次在討論的時候也有這樣子想過喔，那為了這些病人能夠繼續看完，得到照顧，只是方案公告出來是沒有這麼完備，那也很感謝，這邊有人幫我們想說，病人可以看完，那另外他們品質的部分也可以做確保，所以健保署這邊的建議，我們也覺得很好，那另外我們在討論退場機制未完成的比例，那時候我們講的是照我們的牙統，3 個病人最少要完成 1 個病人，當初大家的想法是這樣有沒有？可是現在寫出來的邏輯，照那個上面寫就不是這樣子，照原來的話，你 3 個完成 1 個還是會被退，所以是改成跟牙統完全一樣的邏輯，跟當初的意思是一樣的，就是 3 個病人最少要完成 1 個的意思，跟牙統一樣，以上。

主席

好，就是改成複診治療的次數達 3 次，一個病人複診次數達 3 次，要，如果小於三分之一就退場，對不對？所以就是正面表列小於三分之一就退場，所以你至少 3 個病人要有一個病人是完成的，完成復診治療 3 次，對不對？好啊，那就那就照這樣修正，好不好？好，大家有沒有意見？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

主席，請問一下本署建議的退場以後完成的個案不納入品質獎勵費用計算這個 ok 嗎？

主席

ok，好，大家都確認了，好再來討論事項第八案。

討論事項第八案

案由：「111 年度全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」案。

主席

好，這個是新的預算，預算有 2 億 7 千多萬，不小的數字，那現在看起來，不知道要照顧的對象是誰？如果照全聯會建議我們同仁去估計這個人數，是用所謂的執行牙體復形跟牙周處置的人數去推估的

話，表示是已經來補牙的人，對不對？跟你們在講的說，齲前病變，齲前病變就還沒有齲，是到底是同一組人？還是不同組人？我覺得現在應該是不同組人，所以這個估計方式就完全錯誤了，對不對？你們是不是要先表示意見？你們照顧的人對象是誰啊？

林敬修代表

謝謝，我們提供這個計劃的主要原因，是因為在這個國高中的小朋友，功課壓力大，會來看牙齒的頻率都會比較少，可能有一些潛在的風險，包括說我們提的有牙齦發炎、齲前病變，早期要開始蛀牙的，牙齒已經脫鈣，但是還沒有到我們治療要挖洞補蛀牙的程度，蛀牙的前期，可能大概只持續短短一段時間，如果沒有照顧就會變成蛀牙，加上這一階段的小朋友，又因為功課壓力很難去搜尋到這些人，所以我們剛剛講的，上面算的說，我們用過去有大概 48% 的小孩子有來看牙，其實我們是要，沒有看牙的那 52% 我們要把他挖出來，那挖出來看看他們有這些小病變，比如說有牙齦發炎，我們就給他做的就是，除牙菌斑，他有沒有刷乾淨，然後再做牙菌斑去除，另外我們這一次有想到說，如果這次有發現小朋友牙齒剛脫鈣，蛀牙的前期的症狀的時候，我們用塗氟的，可以改善這個部分，所以整個估的跟我們想的是不一樣，我們是希望，把現在的就醫率 48%，提到 60%，所以人數是在這邊估的，那另外一個是，我們在學理上，我們的蛀牙可能 3 個月就形成了，那整個計畫主要是教他刷牙，所以教他刷牙，其實也沒有多久，我們希望 3 個月來一次，然後他就有白斑啊，或是刷牙沒刷乾淨，趕快把他控制好，3 個月都把他追蹤、控制好，然後希望他不要再繼續蛀下去了。大概就是先做這樣簡單的說明，以上。

主席

12 到 18 歲 151 萬人，現在是就醫 72 萬人，其實你要看的是 151 減 72 的那一堆人，那一堆人的看病的就醫率可以提高從現在已經看病的 48% 提升到 60%，48% 到 60% 就是增加 12%，151 萬的 12%，就是大概不到 20 萬人，對不對？不到 20 萬，就高於 15 萬多一點啦，大概就是，你的目標族群大概 18 萬人左右，這 18 萬人能夠找到，就是

他還沒有牙痛的時候，那你怎麼去找他？

林敬修代表

我們全聯會除了總額委員會以外，還有口衛委員會，我們通常是跟心口司、國建署，還有跟學前署都有一些合作的計畫，包括說我們在國小以前有含氟漱口水的推動，最近我們也有標一個青少年的一些口腔衛教的推廣，我們會從以前這些管道，主要鼓勵學生，出來看牙齒，包括說可能寒暑假給他們一個核檢單，讓他們到診所，也會有一些宣導的活動，會從那邊輔導，本來沒有看的學生，把他把他推動出。

主席

之前新北市就有這個爭議啊，新北市學校發了一個暑期作業，叫學生暑期去看牙醫，結果這些孩子們就把他當成暑期作業，家長們就反正要完成嘛，所以暑假期間就大量的到牙醫診所去看牙齒，那時候印象中是出現一個爭議，這到底是篩檢還是醫療？那時候怎麼處理？是否當成篩檢還是當成醫療？

林敬修代表

但是如果是我的認知，那一次是應該的，是當那個一般的檢查。

主席

還算醫療嗎？你會給他什麼診斷？如果他都沒有啊。

林敬修代表

如果都沒有，都沒有問題就一般檢查，就診察費。

主席

所以他就是診察費，就有一點像篩檢，篩檢就不在健保給付範圍。

林敬修代表

可是我們在診所的檢查跟我們到學校的篩檢是意義不大一樣，篩檢大概是……

主席

可是你現在是叫所有的孩子都到診所去篩檢，有一點變成這樣子。

林敬修代表

我們會做一個比較完整的檢查。

主席

因為你不是經過初步過濾，而是叫所有的小孩子還沒有牙痛之前都到診所去，就這個計畫，看起來是這樣，因為孩子在沒有牙痛的感覺，他也沒有想要就醫，如果看起來，他牙齒是很健康的，這樣算就醫嗎？這樣算檢查而已嗎？對不對，牙齒檢查就不是健保的給付範圍。

黃克忠代表

有啊，那時候有還啊。

主席

對，當時就有還啊。

黃克忠代表

申報治療的沒有還，他真的有診察，只有光申報診察費的。

主席

都要還嘛？

黃克忠代表

對，都還，全部都還。

主席

現在林醫師現在就是複製了新北市的問題，到時候爭議會不會，有沒有考慮到那新北市那時候的。

黃克忠代表

還是要校牙醫啦，他發單子出來啦。

主席

理論上那個程序應該是說，校牙醫有先過濾一下？覺得孩子可能要去牙醫診所檢查，才給他單子，而不是每個人都給單子，然後最後到診所之後就衍伸出來那個爆量啊，上一次的那個暑假，應該只有新北市爆量，也稀釋點值。

陳彥廷代表

當年發生的事是因為那時候學校就把他當成暑假作業，類似這樣的概念，其實現在校檢是說要有牙醫師到校檢查，但是當時他們就沒有做這件事，所以是政府責任，要學生把他當成暑假作業去做，那我們

現在不是這樣的概念，所以我想跟那一件事情是不一樣的，所以這件事情必須要是教育單位當成是暑假作業才会有這件事，但是我們從流行病學調查上面來看，是我們的小朋友，他的蛀牙率有多高，他的牙齦炎有多高，我記得那時候我們在看成年人的，就是說 18 歲以後，牙周的狀況，突然間惡化，我們在看的是 12 到 18 歲這一段時間，是不是因為他沒有照顧好，我們在意的是這件事情，所以這件事情是需要，口衛那邊要，或許沒有錯，可是是要建立國人的習慣，那他已經有牙齦炎或已經有一些蛀牙，他就不叫做檢查，只是他沒有碰到他需要，他覺得說我應該馬上去，因為他可能課業的壓力，可是在那個階段不處理都是以後的大問題，所以我們著力點在這個階段應該很簡單就可以把它處理。

主席

對啦，我都同意，這個本身的基本觀念，我是贊成，只是說他牽涉到，如果前面有一個過濾，然後再出來看，我覺得就精確一些對不對？因為你有一個專家先過濾，可是現在聽起來是沒有啊，機制裡面是沒有啊，現在看起來是沒有啊。

林敬修代表

因為學校的推廣不在這個計畫裡面。

主席

因為學校要怎麼推廣，他最簡單方式就是像當暑假作業，那就會複製了新北的經驗。

林敬修代表

這部份我們在推廣的時候會注意。

主席

這個計畫應該要有這個精神在裡面，這完全沒有寫到。

林敬修代表

因為那不在健保裡面啊，我口衛推廣那一部分不在這裡面。

主席

不是啊，我是說你們不要講口衛的推廣，你現在就是說怎麼樣去找到

這個病人這件事情，稍微聚焦一點是已經有這些你講的這些症狀的病人進來，就可以進到這個系統，但是誰去處理這一塊。

陳彥廷代表

因為我們現在國教署的確會有醫事性問題，他們會有一個比較謹慎的檢察，那其實每年都會做檢查，只是當時我覺得是地方政府在做這件事情上面，有點便宜行事，現在我們一般小朋友也是會有投點後拿單子過來，我們現在是鼓勵牙醫師在這一類有狀況的情況下，就做處理，我想這樣就可以。

主席

這個是很好啦，就是說你如果真的是已經有你講的這些蛀牙前的症狀、狀態的話呢，好，黃教授來，黃教授來指導我們。

黃純德代表

不是，我們請問一下，欸小學是有校牙醫師的制度，不過國中跟高中有沒有？好像沒有校牙醫師的制度，所以我就覺得說，是不是可以跟教育部這邊來爭取把這個校牙醫師的制度，從小學、國中到高中，把他建立起來，因為那個我以前做的一個全國國事的一個調查，看起來就是說，從6歲到12歲所增加的齲齒的顆數，跟12歲到18歲所增加的齲齒的顆數是一樣的，也就是說，12歲到18歲，事實上增加的這個齲齒的顆數量很大，剛才陳彥廷代表他也講到就說，18歲以後的那個牙周病的那個增加率是很高的，就一直在升高啦，這個曲線，事實上是從國高中生的時候，就慢慢從小學時候的那個牙齦炎，慢慢就開始再轉變成牙周病，牙周病然後再到18歲以後又更嚴重化，所以在國高中生這個階段來注意這齲前白斑，可以說是一種超前佈署，這個是很好的一件事情啦，同時用那個牙菌斑顯示器來控制牙菌斑，來教導他們刷牙，這個是很重要，因為國高中生他們營養需求很大，而且課業又重又壓力又重，而且有賀爾蒙的影響，那所以這個齲齒的這個發生率的、牙周炎的這種嚴重，這個是很需要我們提前去來做控制啦，那所以如果說，因為剛才副署長也講到嘛，那你總是要讓這些10幾萬的小朋友，國高中生都到診所來做這個檢查的話也是有

點……，所以以後是不是說看能夠推廣國高中生校園牙醫師的這種制度。

徐邦賢代表

主席好，各位專家，我想我大概把這個計畫裡面一個精神跟大家做個報告，也謝謝大家一起因應一些補充，其實這個計畫裡面，我們希望說以後能變得更長久，為什麼呢？因為我們大家都知道這個年齡層的青年朋友們，他們現在目前為止就醫的狀況是的確不好，比較低，其實這個計畫裡面，那時候當初我們再送，包括了評估指標，為什麼會有近期、中期、遠期，近期就是說他已經有來看，他有蛀牙，但是他的蛀牙不是全部都蛀牙，在他蛀牙的旁邊一定有那一些白斑，為什麼？因為蛀牙不會只有一顆，所以初期的話，已經來看的人把旁邊的那些還沒有蛀掉的，先把它保護好，前期的話，那剛才我們敬修委員裡面所講的，我們在那一些從來沒有出現的青年朋友，我們是不是有其他的力道，讓他再來，所以這個是一步一步一步的往前邁進，所以我們現在目前為止只是希望，為什麼我們的評估指標會訂的不是那麼的高，那我們因為一部份是疫情的一些考量，第二個話是希望先從這一些，已經來看的人，把他其他的牙先顧好，然後推廣出來以後呢，其他的一些沒有來看過，喔~有去看過牙科的都會有加上這個保護裝置的話，群體在整個同儕之間的群體效應也讓他們過來的話，這個才是我們的終期的目標，所以為什麼我們的人數在估計上會有一些比例上的逐年增加，是因為我們現在評估是用目前的可行性，這個是要跟主席跟我們所有的專家做個報告，所以一開始我們的評估的人數的確沒有那麼的高，因為我們也知道說，一開始推廣的確會有一些程度上，我們不是不打算說，我們也沒有辦法說第一年就把所有的符合條件的全部都 call 來台北，這是的確我們在實行上有一定的一個困難度啦，這以上跟大家做個說明報告。

主席

好，那這樣子的話其實不管是他現在已經有來做補牙的人，他可能有 1 顆補牙，可是有另外 3 顆，他已經是齲前病變，所以這些孩子也應



該給他鞏固出來，這也許是立即可以的，但是如果你要從沒有，沒有醫療需求的孩子裡面，請他過來做檢查，那這樣就拜託要有一個初步的過濾，不管你要用什麼機制把這些人找來，那不要再複製新北的經驗，就是變成暑假、寒假作業，讓每個人都來，到時候爆量。現在這是專款嘛，不至於影響點值，但是之前新北市沒有專款，然後直接就在一般服務裡頭，大量申報一般的診察費，所以才會有這樣，而且那一次的經驗，我記得是很多都是沒有處置就只有診察，那所以最後才會扣錢啊，那這樣我們又白忙一場了對不對？所以這個計畫，現在就是照你們這樣講啦，就是收案條件要不要有一些操作型的定義？例如說，你們的牙醫的疾病碼？有沒有辦法有 code，有 REA 可以檢核，有沒有？還是說都沒有辦法去過濾收案的這些病人，有沒有你講的這些牙齦炎啊？這應該都有 code？

林敬修代表

code 是之後在那個病歷上面，申報上面出去的，不過我們這邊齶前白斑的部分，要做塗氟之前我們會要一年的照片，在方案裡面是有設計一年的照片。

主席

一年的照片？

林敬修代表

一年內的照片，他照了一次了以後，因為塗氟三個月塗一次，時間大概半年，他不是這麼快可以恢復，所以他照一次，然後你就去做 4 次的療程，3 個月做一次療程，用照片來舉證他有齶前白斑，因為齶前白斑，沒有照顧好，之後就變蛀牙，過程中間一小段要塗氟的部分，尤其塗氟的費用比較高 500 塊，所以就是希望他照相來舉證。中間的一個部分是教刷牙、跟牙菌斑的去除，是 300 塊，所以要求比較沒那麼多，然後我們大概會提供他一些那些衛教的資訊這樣子。

主席

這些病人除了這 2 個 P 碼以外，會不會再報診察費？

林敬修代表

診察費用？

主席

對啊，所以不是只有這 2 個 P 碼吧！是這 2 個 P 碼用專款，其他的診察費還是用一般服務費用，對啊，那一般服務費用還是會增加，但是你現在講說，如果是現在已經是蛀牙的人，他要鞏固其他的牙齒，那次診察費是一起的，但是如果是你從外面扣進來這，搞不好他牙齒都是健康的也有可能，這就會出現新北的問題嘛？這些什麼牙齦炎啊、白斑啊，這些是不是有 ICD 的 code？要不要有一個 code？因為即使有照片，有這些附件，也不會每一件都審，因為這量很大嘛，你只是備查而已啊，對不對？

林敬修代表

可是那記在我們牙科申報，好像就是沒有跟 ICD 在一起。

主席

怎麼會沒有？你們也要報疾病碼啦。

林敬修代表

對，可是我們只是說，今天他來可能是蛀牙，可能是牙齦。

主席

也有第二診斷啊，第三診斷啊，你第一診斷可能就是補蛀牙嘛，第二診斷可能就是他有齲前白斑，對不對？或者是他有其他的症狀，你要不要給幾個疾病碼，表示這個病人其實是因為有第二診斷、第三診斷，所以他這一次是做了塗氟。

林敬修代表

塗氟的部分，我們是用相片啦。

主席

可是你，我們這樣子，我們這個計畫能不能檢核？

林敬修代表

他要用審查的方式，審查的時候，有塗氟的，就要附一年內白斑的照片。

主席

對啊，就只能抽審，抽審比例會很低。

林敬修代表

可是你如果用那個疾病代碼那個，那意思是……

主席

那要跟事實相符啊。

林敬修代表

可是照片是要拍那個人的。

主席

照片還是留著啦，只是意思就是說診斷碼還是要 po 啊。

林敬修代表

診斷碼，怎麼寫？

主席

你們研究一下啦，診斷碼還是要有啦，好不好？有幾個碼讓他們 po，這樣子我們才可以知道跟事實相不相符，否則這個計畫就是大量的大量申報這個氟化物，而且他其實是 4 次的，90 天一次嘛，那個病人，會不會回來 4 次也不知道嘛，對啊，這也是一個大問題。

何世章代表

我講一下，這個基本上原則上，應該要簽在裡面，然後能夠比較方便。

主席

謝謝何醫師，對何醫師也看能不能也幫忙把 ICD10 的碼找出來，好不好？

何世章代表

我先去找，然後給全聯會。

主席

給全聯會參考一下，如果是這樣的話，我們剛剛修正的部分，有沒有還要再說明的？你們有沒有還要在補充說明的？剛剛也有問？其實我們的同仁算的 population 也有一點點誤差了，也不是非常的聚焦，但是因為也很難，也不知道那些人在哪裡，所以大概是這樣，有沒有還要他們說明的，佩軒。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

收案條件的操作型定義再請提供給本署。

主席

code。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

對對，再請幫我們研議，另外這2個項目都要列出來？是？好，最後目標值有沒有需要改變，以上？

主席

ok，目標值，這個目標值就是現在已經有來就醫的就已經48%，你說這個計畫是40%，這個是在健保會就通過的，40%是不是健保會就通過了？

徐邦賢代表

報告主席，48%是109年，我們預估110年會比48%低很多，那111年我們不敢太樂觀。

主席

所以你是從40%、50%、60%嘛，我們這個健保會通過，我們就暫時不動好不好？就暫時這樣，一年之後看看第一年執行的狀況怎麼樣，好，那這個還有沒有其它要討論的？

醫務管理組 韓佩軒專門委員

這案沒有了。

主席

沒有了，這個案子，我們附帶的就是，拜託不要複製新北的經驗，一定不要變成學校去發寒假通知、暑假通知單，或者是大家都拿了一個學校叫他去看牙醫的通知，那這樣就會有爭議啦，好不好？好，第九案。

討論事項第九案：

案由：研擬 111 年成長項目「提升假日就醫可近性」規劃內容案。

主席

這個提升假日就醫的可近，這是我們每年的民調，就是都假日都找不到牙醫師，那現在從我們定期公布的假日開診率來看一下，醫師大概周六的看診率不高，周日是幾乎是零啦，現在這個題目為什麼當時健保會會通過，就是因為這也是民怨，就有這個項目，當時預算也有達到1億4千多萬，1億4千多萬是希望你現在能夠可近性提高嘛。你現在提出來的作為，就是宣導，第二個就是叫他看我們的app，對不對？宣導民眾到我們的app去看院所的資訊，這2個作為有沒有辦法提升假日就醫的可近性？

徐邦賢代表

報告主席，其實我們這個計畫裡面，後來我們有提出在執行目標裡面有提出說就是我們明年度要預計增加60家，有跟主席報告就是，其實我們總家數，以假日服務的總家數，其實是足夠以去支應現在目前我們的求診，其實我們在假日提供服務的總家數都是不均勻，也就是說，有些地區開的家數多，服務人數少，有些急需要服務的點但是卻沒有家數，所以我們現在全聯會要做的是平均，然後把一些缺的點，盡量能夠鼓勵有院所開診，所以這個由比較缺的地方的院所的一些增加來講的話，就是我們全聯會統一的一個目標，但是我們要需要去做協調，我們真的是需要去做協調，這個明文寫下去我想可能會有一些困難點，但是我們會去協調到，就是在各區裡面都會有，像這樣子假日提供服務的院所，要平均，要平均，謝謝。

主席

好，在其實現況你們都知道啦，你們現在提出來的2個作為，一個是宣導，一個是app嘛，這個會不會有效不知道，但是你們現在就是說，你要增加60家假日看診的院所，全國假日看診，恐怕這60家應該是要周日吧？週六好像現在有在看診的就比較多。

徐邦賢代表

請主席讓我們去努力。

主席

對，最主要是禮拜天，好啦，那其實這個我們就樂觀其成啦，反正這

也就是一個，他是專款嗎？一般服務，對啊，這有沒有寫說執行的狀態？沒有嗎？所以這項是我們長期的民怨啦，就是麻煩你們努力啦，好不好？好，接下來第十案，弱勢鄉鎮。

### 討論事項第十案

案由：修訂「111 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」案。

主席

好，這個是修訂弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，照你們現在這樣子的規劃，就表示點值最低的分區，而且院所申報點數低於 50 萬的，每件加 6%，是這意思嗎？

黃克忠代表

他要符合他的條件的地方。

主席

沒有啊，就是點值最低的分區，然後嘛，屬於實施對象之每位牙醫師，結算申報的點數低於 50 萬者，就每一件都加計 6%，加計上去就是點數增加。

黃克忠代表

也沒多少。

主席

點值低，然後申報也低，現在這樣子有可能是台北區喔。

黃克忠代表

因為價錢都是台北分區是出站最多的份，那就要撫平台北地區的民怨，對，那出了。

主席

你們牙醫師的民怨啦。

黃克忠代表

對，因為很多台北分區的一些地區都已經不符合這個弱勢鄉鎮的定義了。

主席

因為我們現在的弱勢就是點值最低呀，你的弱勢鄉鎮，你這邊講鄉鎮，其實就是點值最低的分區都算嘛？

黃克忠代表

沒有，適用鄉鎮的條件，對。

主席

第六，還有適用鄉鎮的條件，所以第一個是點值最低的分區裡面，適用的鄉鎮，然後一個意思是，每個月申報平均 50 萬點以下的，全部加 6%，然後這個 6% 的預算是來自於這個專款，對不對？這個是預算來源，對不對？這個是預算來源，這是一般服務的。

黃克忠代表

對，切出來的 8 千萬。

主席

切出來的 8 千萬嘛，好，那這個就是加 6%，原來原條文加 5%，現在變加 6%。

醫務管理組 洪于淇科長

如果是點值最低分區，加 6%。

主席

對，這個也是 ok 呀，反正就是你們從一般的移撥款裡面撥出來的嘛，就是有一點像幫助所得最低的，然後又是在弱勢鄉鎮的，非弱勢鄉鎮的都不算。

黃克忠代表

最主要還有要求他們要做口腔癌篩檢。

主席

是，要求他們做口腔癌篩檢，好，這個我們其實不會有太大的意見的，好不好？好，那這就是大家如果沒有意見就通過，那再來最後一項。

討論事項第十一案

案由：修訂 111 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」。

主席

好，這個就是品保款沒有鑑別度，這一次提出來的修正依然沒有鑑別度，然後配合政策也只有口腔癌篩檢，評核會議是希望能夠對於某些專款的項目可以列入品保款的鑑別指標，這邊你們怎麼辦？有沒有什麼回應？是黃醫師您這邊有沒有什麼回應？因為基本上好像沒有什麼太大的差別，這樣要修正嗎？還是說再思考一下？

黃克忠代表

因為基層院所原先是對於口腔癌篩檢，是因為之前那個很多資訊公司獅子大開口，所以那時候，大家幾乎都沒有辦法去負荷 1 件 130，貴署應該知道，後來才變成很多地方都沒有再做，只有醫院在做，那慢慢的又恢復了，現在大家又有辦法去做的話，我們希望鼓勵基層院所開始在做，那從 0 件開始，其實你規定 1 件可以領到品保款的獎勵，那實際上，不可能他們只會作 1 件，他只要熟悉這個制度，大概就可以做到，那至於說到底應該規定幾件，我們是先從 0 到有以後，再開始有了數據以後，才看你要取在幾個百分位的地方，這樣才會比較合理，你去看去年度 109 年度，有領到品保款的人，他有做口腔癌的篩檢，那是本來就比較乖的人，其實有醫療院所也只有 1 件，那是屬於比較乖的，因為在我們大家沒有 push 他的情況之下，他依然還有去做的，所以現在我們最主要的是讓一般的醫療院所，不要只有耳鼻喉科在做，我們現在鼓勵他們來做這個，還有一個重點，他雖然是一個加計的獎勵，那會處於如果他每項都合格的話，最多也是百分之一百，但是不能變成 102 分，對嘛，所以說，因為沒有影響說他額外可以領多少錢。

主席

對，其實口腔癌篩檢，理論上是牙醫師去爭取，原來都是耳鼻喉科醫師在作口腔癌篩檢，可是牙醫師自己去爭取，我們看最多病人的口腔，比耳鼻喉科看得更仔細，因為每個病人都要張開嘴巴，所以你們對口腔癌更有機會去做好的篩檢，最近有口腔癌有變得越來越多的趨勢，所以你們一定要加緊，可是現在重點是說，既然能夠做口腔癌篩檢的



醫師，他就不會只作 1 年 1 筆，現在 1 筆就可以領到品保款，這樣不是太過簡單嗎？

謝偉明代表

對，我想…。

主席

品保款是發錢，對不對？顯然那個門檻是應該要再考慮一下。

謝代表偉明

跟主席報告 2 件事情，第一、我們可以看討 11-18，原條文是沒有的，是 0 嘛，所以說他…。

主席

既然要 1 件，就不要只有 1 件。

謝偉明代表

我的意思是說，那所以他本來沒有鑑別度，0 也可以領到錢、1 也可以領到錢，那我們現在設 1 的時候，0 的就領不到錢，1 才領得到錢，這是一個部分。另外一個部分跟主席報告就是說，其實坦白講，我們現在要做 1 件、2 件，有些時候有困難，因為耳鼻喉科可以報，那 2 年只能 1 次，那病人可能 2 年看 10 次感冒，1 次牙齒都沒看，所以常常很多病人進來，我想做篩檢，一查電腦已經都被耳鼻喉科篩檢過了，我診所對面耳鼻喉科他是口腔癌篩檢第一名拿到獎金，所以我幾乎都很難得遇到一個他沒有做我可以做的，所以說，本來就說第一年在把他放進來的時候，我們可能還是要從無到有，一一去了解一下現況，因為坦白講一下拉那麼高，反而會造成只好乾脆放棄不做。

主席

其實我覺得牙醫師去做口腔癌篩檢，可以篩到更早期的，因為會去看耳鼻喉科會被篩到的，其實都是稍微有一點不舒服了。

林敬修代表

再補充一下，這幾年排篩檢中，最早的一年 20 幾萬件，降到現在 1 年不到 10 萬件，那對我們牙科最主要的原因，他的申報系統跟健保是不一樣的，早期要 info 國健署的大乳口系統，那如果那邊系統沒

有登記的話，就會被整個刪掉，那有一年我們大概被刪掉 6 萬件，後來之後這個系統，牙醫師的版本，1 個大概 1 萬塊，那我們申請 1 個才 130 塊，所以很多牙醫師後來就放棄不做了，那這個我們一直跟國健署溝通，他們自己也去更新他的軟體，最近有跟我們講他們做的軟體比較友善，就是一些資料的輸入，比較方便，那牙醫師就不用一個人再花 1 萬塊去做，所以我們這次的重點，應該是說，牙醫師願意做，那把那套申報軟體熟悉，他能夠報 1 件，去做，那我們就覺得這樣他已經進步，那之後如果他這個系統熟悉，然後這系統國健署現在又跟我們講不用付費，那我們就可以越來越做越多，以上。

主席

醫師能夠做 1 件，就能夠做 2 件、3 件，不過謝醫師是有提到說…，何代表請等一下，其實你看分布表，討 11-19，其實 50 百分位以上的，其實就有一半的都不只 1 個，都 2 位數，對不對，所以沒有錯，謝醫師可能說你的病人，可是牙醫的病人就醫率也有 5 成，所以到你面前看牙齒的人，其實有人口的 50%，所以要拜託你們了。

謝偉明代表

抽煙、喝酒，然後要幾歲以上，然後…

主席

抽煙又喝酒的人才會去看牙齒的機率高吧？

謝偉明代表

看感冒比較多吧。

主席

好，我們先聽何醫師吧，何醫師有舉手。

何世章代表

我建議說，還是要慢慢追加，沒辦法一下子增加太多。

主席

但是也不要 1 件吧，可以稍維修正一下嗎？1 件真的太低了吧。

何世章代表

事實上，有些診所就是沒有篩過。

主席

我們用 30 百分位可不可以？30 百分位是 4 件，可以嗎？4 件嘛，太多嗎？4 件太高哦？這才 30 百分位。

何世章代表

但是現在事實上，現在做口腔癌的家數……

林敬修代表

家數沒多少家在做。

主席

請篩檢多一點，因為現在都沒篩出來，所以口腔癌的病人都很嚴重，因為你的 1 件就等於 10 百分位嘛，對不對？

何世章代表

對對對。

主席

如果去醫院的話，就沒有，所以你現在為基層考慮比較多，20 百分位或 30 百分位呢？

謝偉明代表

因為目前有做，大概 1,000 家而已。

主席

1,000 家就太少了啦。

徐邦賢代表

我們希望說目標是 1 件，但是希望增加的家數能夠成比例數的增加，五倍。

主席

好啦，這邊稍微加一點啦，好不好，1 件真的是好難看，而且你們沒有去考慮其它專案參與的情形，這個也是另外一件事情，黃醫師我看這件哦，你可能要帶回去研究一下，除了口腔癌的百分位再考慮一下以外，就是其它的專案參與的情形列為品保款，要不然大家都不參與你們的專案，我們的專案爭取那麼多預算，最後沒有辦法執行。

黃克忠代表

如果2件就不用帶回去了嘛？

主席

其它的專案你要帶回去啊，好，那我們這項就保留啦，好不好。第十一案討論完了，好不容易哦。

我們好像有第幾個案子有保留，我們現在保留的是哪一題啊？只有討四保留，其它都通過對不對？討三也有保留嗎？哦，對，急症處置。討三有保留，討四有保留，還有哪一個保留，就剛剛那一題，第十一案，其它都通過了，對不對？

徐邦賢代表

討三有保留是急症處理。

主席

討四就是大寮養護中心，同時還有其它的專案，對不對？

徐邦賢代表

主席，我能不能再爭取一下，討三我們不是保留，我們是收回，如果我們跟醫院代表協調出，如果真的有需要的，我們再提出，這樣好不好？

主席

好，那你們是收回。

徐邦賢代表

討三我們不保留。

主席

好，那你們是收回，取消，不保留。

徐邦賢代表

對，如果跟醫院代表如果有，協調上如果有需要提出來的時候，我們再提出。

主席

所以這個等於劃掉了，就沒有這個修正。

徐邦賢代表

對。

醫務管理組 劉林義專門委員

所以就不會走到共擬。

徐邦賢代表

對，沒關係。

主席

就沒有這個了。

徐邦賢代表

對。

主席

討三也過了嘛，那只留討四對不對？還有討十一，那其它的都通過了。

黃克忠代表

沒有啊，我剛說2件是不是可以回家，都說不行。

主席

好，那今天十一案都討論完了，大家有沒有臨時動議？好，沒有了，6點了，辛苦大家了，遠距的視訊的代表們也辛苦了。

徐邦賢代表

不好意思，保留的部分是我們下一次會議還是臨時會？

主席

下次。

徐邦賢代表

就是3月份的？

主席

對，因為品保款沒那麼急。

吳享穆代表

3月份再開，那個大寮養護中心適用的情形……

主席

原則上是要讓他適用的，只不過是文字要怎麼樣修，不影響權益。好，那如果沒有意見，沒有臨時動議，我們今天會議就到這裡，非常謝謝理事長，謝謝各位代表們的參與，還有我們署裡面、業務組的同仁，

謝謝。