

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

106年度第1次會議紀錄

時間：106年2月21日(星期二)下午2時整

地點：18樓大禮堂(衛生福利部中央健康保險署)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：黃曼青

出席人員：(依據姓氏筆劃順序排序)

代表姓名	出席	代表姓名	出席
朱代表日僑	朱日僑	連代表新傑	連新傑
吳代表永隆	溫清華代	陳代表建志	陳建志
吳代表成才	吳成才	陳代表彥廷	陳彥廷
吳代表明彥	陳瑞瑛代	陳代表義聰	陳義聰
吳代表享穆	吳享穆	黃代表福傳	黃福傳
呂代表軒東	請假	黃代表金舜	黃金舜
李代表明憲	李明憲	黃代表立賢	黃立賢
杜代表裕康	請假	黃代表翰玟	黃翰玟
季代表麟揚	季麟揚	張代表雍敏	張雍敏
林代表俊彬	請假	張代表文龍	張文龍
林代表靜梅	林靜梅	劉代表經文	劉經文
林代表惠芳	滕西華代	蔣代表維凡	請假
林代表敬修	林敬修	黎代表達明	黎達明
許代表文祥	許文祥	謝代表武吉	尹文國代
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	龐代表一鳴	龐一鳴

列席人員：

單位

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

出席人員

蘇芸蒂

陳燕鈴、彭美熒

溫斯勇、柯懿娟、邵格蘊、許家禎

洪鈺婷

台灣醫院協會

何佳倫、王秀貞

本署臺北業務組

林照姬、林怡君、蔡雅安、王文君

本署北區業務組

蔡秀幸

本署中區業務組

林淑惠

本署南區業務組

唐文璇

本署高屏業務組

施怡如

本署東區業務組

劉翠麗

本署醫審及藥材組

曾玫富、高浩軒

本署資訊組

姜義國

本署醫務管理組

陳玉敏、張溫溫、陳真慧、林淑範、
劉林義、谷祖棣、李佩純、洪于淇、
林 蘭、宋兆喻、歐舒欣、鄭正義、
邵子川、黃曼青

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

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」及預
訂討論議題。

決定：洽悉。

第二案

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：洽悉。

第三案

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第四案

案由：105 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告。

決定：

1. 一般服務部門點值確定如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.9584	0.9479
北區	1.0391	1.0263
中區	0.9782	0.9763
南區	1.0070	1.0008
高屏	1.0202	1.0142
東區	1.1557	1.1416
全區	0.9843	0.9844

2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
3. 各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第五案

案由：106 年度牙醫門診總額預算四季重分配案。

決定：依據 105 年第 1 次會議決議，以「近 3 年各季核定點數平均占率」進行一般服務預算四季重分配，重分配後之占率如下：第一季 24.08%、第二季 24.44%、第三季 25.67%、第四季 25.82%。

第六案

案由：全民健康保險牙醫醫療資源不足地區改善方案標示作業執行說明。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 106 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。

決議：同意增列本計畫醫療團院所於提供醫療服務時，服務點應標示全民健保標誌、全民健保牙醫特殊醫療服務、醫療團地點及時間、主辦單位衛生福利部中央健康保險署、承作醫療院所名稱等內容，並請全聯會配合辦理。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關牙周病統合照護計畫 108 年導入一般服務之進度規劃。

決議：同意規劃時程安排，並請全聯會於下次會議提案討論 108 年導入支付標準草案及 107 年計畫費用預估。

伍、臨時討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：分級醫療醫療院所宣導案。

決議：為利辦理後續宣導事宜，請全聯會安排。

陸、散會：下午4時

柒、與會人員發言摘要詳附件1。

106年牙醫門診總額研商議事會議第1次會議實錄摘要

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

第一案 全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點及預訂討論議題

黃代表金舜

組成代表總共有33名，但是為什麼沒有中華民國藥師公會全國聯合會？

主席 蔡副署長淑鈴

有漏掉嗎？

醫務管理組 劉科長林義

漏掉藥師公會全聯會代表1名、醫院牙科協會代表2名、牙醫學會代表1名。

主席 蔡副署長淑鈴

漏了3個，所以這邊加起來就不是33名。這不應該漏的，謝謝黃代表提出來，請醫管組注意修正。

第二案 歷次會議決議事項辦理情形追蹤表

主席 蔡副署長淑鈴

只有第3項是3月1日生效，其他項目都已經公告生效，第3項本來也希望提早，但後來社保司說有困難，有法定公告的時程，因此就延到3月1日生效。

羅代表界山

因為特殊服務計畫有提到 VPN 上傳是3月1日實施，那不知道這樣時程是否來得及？

醫務管理組 宋兆喻

目前 VPN 上傳系統正在測試，預計2月底至3月初會行文牙全會相關上傳步驟，原先是3月1日就會改為4月1日實施。

主席 蔡副署長淑鈴

2月底至3月初系統就會上線？

醫務管理組 宋兆喻

目前系統已經在測試了。

主席 蔡副署長淑鈴

來得及嗎？

羅代表界山

有點趕。

主席 蔡副署長淑鈴

2月底至3月初系統上線，4月正式開始使用，還有1個月的時間，那麻煩羅醫師，如果有任何困難再互相聯繫。

第三案 牙醫門診總額執行概況報告

翁代表德育

第28頁，感謝署提供就醫人數成長率數據，但用季為單位，若可以的話，將來可再用以年為單位的圖表，以季為單位會有點眼花撩亂，也請增加以絕對值「就醫人數」的圖表，這樣可能會更清楚，牙醫師成長率也請再增加以年為單位。

龐代表一鳴

年成長率資料在總額協商要覽都有，本會議簡報是按季為單位，原則是盡量不要重覆做。

翁代表德育

這個會議跟健保會成員很多不一樣，所以看的人不一樣，還是會不清楚。

龐代表一鳴

這是公開資訊。當然可以提供，只是已經有公開這個資料。

主席 蔡副署長淑鈴

那就不用複製貼上方式把那份資料併過來，不用重新再製作。

滕代表西華(代理林代表惠芳)

請看第32頁第19張投影片，105年第3季特殊服務計畫預算執行情況，有20種全年預算分類，第11、12、13、17、18、19、20項，到宅在特殊服務裡面以失能為最大對象，其中分為有領身心障礙手冊或沒有領身心障礙手冊，再對照其他牙醫的特殊醫療服務，還有提到失能老人，這又以社家署指定機構為主。我不清楚，例如第17、18、19、20項的分類內涵，照理來說分類應該會互斥，分類

有沒有什麼差異？請幫忙補充。

再來，第31頁第18張投影片，第3季醫療資源不足地區改善方案預算執行情形，跟前2季相比，執業服務與巡迴服務論次的部分都有下降趨勢，請問是什麼原因形成的？

羅代表界山

第11項是極重度到宅，第12項是重度到宅，兩項是分開的。

滕代表西華(代理林代表惠芳)

為什麼這樣分類？

羅代表界山

之前到宅是限定重度以上，我也不清楚投影片第11項、第12項為什麼要分開呈現，其實可以合併在一起。

滕代表西華(代理林代表惠芳)

要分開我也可以接受，醫療團要跟到宅分開也可以理解，但是第17、18、19、20項就無法理解，因為現行除非是特定到宅是身心障礙或者失能程度較高的老人以外，大部分老人都是在社家署認定的機構，分這麼細應該是有不同的人，我想知道這些到底是服務誰？因為有些分類是零，跟成長率或預算分配有關，分類內涵是什麼？

羅代表界山

到宅基本上還是要符合計畫規範的障礙別或失能老人，實務上第19項會跟第11、12項可能會重覆。

主席 蔡副署長淑鈴

醫管組請說明，分類是不是來自於計畫定義？

醫務管理組 張專委溫溫

請看補充資料第12、13頁，分類是依據計畫內費用申報規定。

醫務管理組 劉科長林義

分類是依據計畫內費用申報規定規範的代號，比如說院所內服務代號包含極重度、重度、中度。

醫務管理組 張專委溫溫

到宅醫療服務也有分極重度、重度、中度，簡報呈現就是依據計畫內規定分類。

主席 蔡副署長淑鈴

計畫內的 A、B、C、D 是全聯會分類的？請全聯會解釋，ABCD 是互斥嗎？為什麼要分這麼多種？

羅代表界山

到宅最早是論次加論量，現在改成只有單純論次，改了之後這些代碼就沒有另外再修改，所以申報的項目就會比較多。

主席 蔡副署長淑鈴

這樣投影片第19張，很多都是零的會不會一直都是零？如果有些已經併到其他項目裡面，是否應該刪除掉？否則一直看到是零，感覺好像都沒執行，但事實上已經是併到其他項目。

羅代表界山

未來修辦法時，可以考慮再把計畫的申報代碼加以合併。

主席 蔡副署長淑鈴

所以第19張投影片的第19、20項已經併到第11、12項？對，這樣就不用單獨再呈現第19、20項？

羅代表界山

可以請貴署再研究此張投影片應如何呈現。

滕代表西華(代理林代表惠芳)

第17、19項應該也是，現在論量、論次都是分開計算，但是預算分配時其實沒有分論次、論量，是框定一個總金額，當然為了申報上可以分很細，但是計算總額預算，論次、論量是對於內部支付標準管控有意義，對於總體來講意義不大，所以就出現先前請教的第18張投影片，論次、論量都下降，論量下降可以解釋為病人數增加、不變，可能是越來越健康，所以論量會下降，但論次下降就滿有意思的，就會考慮醫療資源分配有沒有需要政策性介入。因為只看到單季數據，比如說第1季、第3季的醫療利用可能會產生不一樣的變化，這樣是代表系統上結構變化，還是申報有策略性？這些分類應該要有不一樣的內涵、不一樣的服務對象，假設是同類的服務對象，可以再分到機構的、到社區的分類，這樣顯然有意義，因為到機構的應該要逐步降低，到宅的要逐步升高，或是對醫師的給付可能要不一樣，醫師到宅的努力與付出可能遠比到機構的多，

那這個表格其實看不出來，才會有這樣的疑問。

羅代表界山

了解。因為在104年計畫到宅支付方式是論次加論量，從105年計畫改成單純只有論次，就沒有論量，所以申報論量會降低，也要繼續觀察論次是否會逐年提高，如果變少一定是有問題，這個全聯會會再注意。

主席 蔡副署長淑鈴

第17項是論次，是-80%的減少情形，第13項也是負成長，是論量的，這部分請全聯會多加留意。另外，第18張投影片請再說明。

林代表敬修

第18張投影片醫缺部分，論次是因為有些地方巡迴點是在學校，所以寒暑假的時候巡迴點會比較少，會反映在第1季、第3季的量會減少。

陳代表建志

第37、38頁的第30張投影片，就醫人數部分與第31張的就醫人數有問題。

醫務管理組 劉科長林義

就醫人數有誤植，會後再更正並提供給各位代表。（註：已於會後以 E-mail 提供各代表參考）

徐代表邦賢

第44頁的第44張投影片，申報醫療費用的全區部分對照第37、39頁投影片的數據差別滿大的，統計範圍是否有不一樣？

醫務管理組 張專委溫溫

前面是用千點為單位，後面是用百萬點為單位。

第四案 105年第3季牙醫門診總額點值結算報告

主席 蔡副署長淑鈴

請問大家對第3季點值結算有沒有問題？

季代表麟揚

關於點值計算，105年第3季點值在各區平均點值都比浮動點值低，但怎麼會全區點值的平均點值比浮動點值稍微高？

主席 蔡副署長淑鈴

醫管組請說明。因為牙醫點值只有藥品是1點1元，是固定點值，所以平均點值略比浮動點值低是對的。

醫務管理組 張專委溫溫

點值小於1的時候，浮動點值原則上低於平均點值，因為各分區跨區的浮動點值是用前1季該分區的點值，所以就有些變動，將表格中上下的平均點值跟浮動點值比較是不準的，看到全區點值就比較正常，因為在點值小於1的時候，平均點值會大於浮動點值。

主席 蔡副署長淑鈴

目前有3個區點值大於1，那就會反過來，平均點值會比浮動點值低。除了跨區因素，還有就是藥品1點1元在牙醫總額的比例是很低的，所以誤差不大，理論上兩項點值數據會很接近。大家還有沒有問題？如果沒有，第3季點值確認並後續辦理結算。

第五案 106年度牙醫門診總額預算四季重分配案

主席 蔡副署長淑鈴

這是四季重分配的邏輯規則，這是比照104年用近3年，也就是102年至104年的各季核定點數計算平均占率。

醫務管理組 張專委溫溫

請大家看說明2的占率就很清楚，原本第1季沒有調整是23%，調整後就是24%，所以調整後會使第1、4季的占率微幅上升，第2、3季會微幅下降，其中第1季調升較多，第4季下降較多。

主席 蔡副署長淑鈴

這是依照去年第1次會議決議，用近3年核定點數平均占率進行四季分配。大家有沒有意見？如果沒有意見，四季預算分配就確認。

第六案 全民健康保險牙醫醫療資源不足地區改善方案標示作業執行說明

主席 蔡副署長淑鈴

請看計畫的第17頁，頁碼是第21頁，這次重新修訂牙醫特殊醫療服務計畫也要

有所列的標示物，標示物規格在頁碼第22頁的附件，我們希望服務點可以標示出這個特殊服務計畫的資訊，包括牙醫特殊服務計畫、健保標誌、地點與時間、承作院所等。因為這是要在這個年度就要做好，所以目前承作院所共33家、醫療團共18個，理論上應該是要做18份，這有沒有困難？

黃代表福傳

關於1家院所經費上限是5千元，那如果有去2、3家服務點呢？第2點是告示欄是要固定在服務點，還是可以攜帶回去？

醫務管理組 林專委淑範

標示部分因為有不同材質，我們有去訪價，製作1個立牌大約是1千至1千5百，5千大概可以製作3個標示，考量到可能會有不同巡迴點，所以上限是訂5千元。

黃代表福傳

另外一個問題是，標示是不是要學校或衛生所同意才能張貼？不然可能沒過多少天就不見了，像是屏東醫療團有做標示，後來就被衛生所拿掉了。

醫務管理組 林專委淑範

標示有些是移動式的，包括布條、立牌，其實是可以收起來帶走的，我們問過巡迴醫療團，他們巡迴完通常是收起來帶走的。

陳代表彥廷

請問現在討論的是報告案醫缺的部分，還是現在討論的計畫內容是討論案第1案？內容是接近的，但是報告案的內容是定案了，討論案才是需要討論的。

主席 蔡副署長淑鈴

好，我們現在是在報告案第6案，那醫缺部分有沒有問題？

吳代表享穆

我是代表高雄市牙醫師公會，針對這個議題，先說明我們的做法、遇到的困難以及建議，這5個標示可以做的就只有海報，比如說以布條來說，懸掛1個布條是很大的工程，布條裡面還要包含承作醫院的名字，所以不能讓每個院所共同去掛這個布條，所以我們公會決議做海報，每次去的時候就帶去。但是有個問題，比如說跑5個巡迴點，公會就統一做5個點的海報，再加上1張空白的，因為最困難的是在院所名稱跟巡迴點的時間，空白的海報就是去新巡迴點時用填寫或貼的方式，以解決這個問題。關於建議，立牌、直立旗跟布條能不能不要

有承作院所名稱？這是有意義的，比如說以社區醫療站來說，把紅布條掛在那裡可以掛很久，對於宣傳是有幫助的，但是要有醫療院所名稱，就是沒有辦法每次都去更換。再來是醫療團的地點與時間要寫到多麼詳細？依目前的範例是有寫到星期和時間，星期也會遇到問題，因為去學校的時間不一定是固定的，有可能1個學期1個學校只去3天，跟學校互相配合的時候，寫星期幾會有問題，所以時間建議只寫到幾點。另外，費用核銷的部分，以廠商估價海報其實很便宜，應該是不用5千元，那我們希望以公會醫療團來跟業務組申請費用，由業務組直接給公會，如果不可行，那高屏地區院所可能有100家，可不可以以5千元為上限，拆成10個牙醫師來申請費用？這是看核銷時應檢附的東西是什麼。

羅代表界山

因為身障醫療團都是固定服務點，而且都是在人家的場所，所以旗幟跟布條可能比較不適合，但是身障醫療團有長久性，所以本會原本是想製作比較長遠性的，也就是把所有該寫的計畫、機構名稱全部寫上去，這些都是固定的，但是去的醫師會換，所以院所名稱、看診時間用抽換的，而且是用壓克力材質製作，尺寸不要做太大，因為A2的壓克力成本太高，5千元做不起來，本會估起來A2壓克力做起來大約要上萬元。本會也考慮過很多材質，壓克力可以保存較久，應該比較好，但目前經費無法支應。

主席 蔡副署長淑鈴

這樣製作是全國一致？

羅代表界山

對，身障醫療團預計是這方向執行。

主席 蔡副署長淑鈴

那也希望牙醫醫缺也是全國一致，製作比較持久且方便使用的標示。還有沒有相關的討論議題？

滕代表西華(代理林代表惠芳)

這個案子在8月4日討論時，就有討論這個案子的目的是要做什麼。排除機構不用事先通知，通知院長等同通知每個人，但巡迴點或醫缺的部分，若是當天是第一次去，顯然擺放的旗子也只是靠近的民眾會來，假設不是附近民眾，要預先讓他們知道有巡迴點的服務，讓民眾預先做準備，就需要預先做宣傳，所以

是要給誰看？是要當場做辨識用的，還是做宣傳用，兩者用意差很多。假設是宣傳用，這邊只有列規格，看不到做出來的東西，原本希望署這邊有統一規格，乾脆做出來之後讓他們去發就好，這樣就不用再跟署核銷。有些適合貼海報、有些適合掛布條、有些適合立旗子，統一向署申報後再來製作，就不會有這些標示內容上的困難，或者大家雖然內容一樣，但是呈現的字體、排版可能都有差異，這樣還是很亂。如果是事先宣傳的，就有點像是宣傳單張，比如到坪林服務，先跟坪林里長討論怎麼合作，事先就要把這些資訊發送到附近居民處，讓當場的立牌只是辨識被通知的巡迴點地點就是在這邊，讓居民遠遠就可以看到。所以我覺得資料第58頁的5種形式能標示的內容不太一樣，能看到資訊的就是海報跟立牌，不會因為風或其他因素而有些資訊看不到，直立旗只能辨識外觀，而且會垂墜，除非有固定，不然只能辨識有放置1個旗子的就是健保巡迴服務，布條更是如此，只能呈現主視覺，可能只能呈現「全民健康保險牙科巡迴服務」，大概無法辨識服務內容，這些是限制。所以還是要回歸到8月4日的討論，到底辨識的目的是什麼？是當場讓民眾有個主視覺？那只要方便懸掛，可能根本海報也用不到，就因地制宜，這就跟事先讓民眾知道資訊有所差別，如果只是主視覺也不用資訊很詳細，民眾不會去讀它，只是知道這個時間有服務，民眾就會來，到底內容要不要這麼詳細可能要再考慮。

第二部分是第58、59頁標示的顏色，西醫、牙醫、中醫都不一樣，那也無所謂，如果民眾記不住就看字就好了，但萬一看不懂字只看顏色也無法辨識，因為記不住顏色，他只記得有醫生來，若是要以顏色做區隔，顯然在研究裡面指出對比色很重要，像是樓梯的邊條、醫院的指示板，在這邊牙醫的標示就看不出對比色，什麼是淡藍？什麼是深藍？到時候你沒有展示、沒有給色號，發包出去是很難想像的，如果是淡黃與淡藍，不管深淺，至少也有對比色可以參考，但是牙醫的淡藍深藍沒有色號的選擇，就會有不一致的情況。所以，反而錢的核銷是小事，標示呈現的內容可能要與我們原始用意有關係，再請健保署把這些情況納入考量。

林代表敬修

醫缺有幾種形式，包含醫療站與學校，那醫療站有招牌供人辨識，學校基本上都是先聯絡好當天的病人有哪些，通常都是學生，所以醫療站與學校製作廣告

牌子反而宣導的用意不大。

龐代表一鳴

謝謝健保會有額外撥經費，好政策都是興利除弊，希望能先解決眼前的問題，第一個是過去真的有發生誤會，例如設置在某政黨，造成很大的困擾，第二個是以義診形式提供服務，卻要刷健保卡，也就是跟民眾說是義診，實際上是巡迴醫療，所以這些都要區隔開，該是健保資源的就要適當呈現出來。另一個原則是各地情況與條件都不同，希望在服務當下標示是能夠呈現的，但會發生標示壞掉、遺失或忘記帶的問題發生，健保資源有限，所以規定全年5千元上限去使用。關於顏色部分，當時有洽詢各公會選顏色，第一年做希望是有些區分，這是起步，因為已經公告了，本次報告是想告訴大家要趕快開始運作，新的巡迴計畫開始時，民眾能夠看到這些東西，請大家配合，也收集大家遇到的問題，如果問題不大，我們就趕快解決，至於好建議再容許我們後續改善。

黃代表立賢

有關醫缺或身障醫療團，彰化縣牙醫師公會再出訪或教養院都有掛牌，都有製做統一格式的壓克力牌，如果健保署要再重新製作的話，事實上彰化縣所有學校是統一1個單位「彰化縣醫療團」，沒有診所之分，出去都是代表彰化縣，希望如果要統一規格的話，能不能委由健保署製作一個公版再發下去，或委由全聯會統一製作再發，診所名稱與時間地點再寫上去，標準就會一致，這樣就不會造成複雜，否則各縣市顏色、大小都不太一樣。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝黃醫師，經您這樣講就更加釐清，巡迴醫療其實是以醫療團名義出去，而不是以全民健保醫缺方案的名義，這樣差異很多，這就是長期以來民眾搞不清楚的，甚至以為你們是去義診，還刷健保卡。健保付出很多資源，所以才要標示進去，如果要各縣市都一致，可能就要全聯會偏勞統一製作。

醫務管理組 林專委淑範

與本署主計討論過有沒有比較簡單的核銷方式，但主計回應統一以單位核銷的方式不可行，需由特約醫療院所各別核銷。

龐代表一鳴

若依照正規核銷需要檢附很多資料，已經爭取簡化許多。

醫務管理組 林專委淑範

核銷上限5千元，實報實銷，已經拜託主計在最簡單且可行的情況下辦理核銷，所以只需要檢附支出憑證、照片與規格明細，但無法以團體核銷，也就是全聯會或縣市公會，需要以特約院所進行核銷。

陳代表彥廷

全聯會可以統一製作，再請個別院所核銷。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝，這樣是最好的方法。再次重申這是全民集資的服務，過去有太多不同名目、不同形式的呈現方式，不曉得什麼時候可以做好？下次總額會議報告時一定要通通做好。

滕代表西華(代理林代表惠芳)

下次報告可不可以拿成品相片或實體給我們看一下？

主席 蔡副署長淑鈴

好，他們會附照片，我們再選一些照片給大家看看。這是報告案，大家充分交換意見，並且找到一個可以達到目的的最好方法。

參、討論事項

第一案 修訂106年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」

主席 蔡副署長淑鈴

本案是修訂特殊服務計畫，內容與報告案第6案相同，這部分有沒有困難？剛剛已經討論過，醫療團的部分也麻煩一併處理。

滕代表西華(代理林代表惠芳)

為什麼沒有規定規格與字體大小？少了第6點的字體大小。

主席 蔡副署長淑鈴

下面有列規格，本案剛剛已經討論完畢，請配合修正。

第二案 有關牙周病統合照護計畫108年導入一般服務之進度規劃

主席 蔡副署長淑鈴

健保會確定牙周病統合照護計畫108年要導入一般服務，108年預算在107年第1季就開始框列，這項金額如果是顯著的，就一定要先框列到大總額裡面才有辦法因應，而不是靠協商，協商會受到總額的限制，勢必要提前討論，這項過去都是用外加的形式，究竟納入一般服務會是怎樣的情況，以及以後要怎樣的支付標準呈現比較洽當，這些都是需要事先研議。因為希望這件事能周延，所以就要提前啟動。請問大家有沒有意見？

林代表敬修

請教主席，您說108年預算不是像以前在健保會協商？

主席 蔡副署長淑鈴

9月正式協商，但是在107年第1季要報行政院國發會，那時候要先框列大總額。如果這項金額小就沒有影響，金額很大沒有先框列進去會無法因應，所以明年第1季就要知道規模，不可能到明年第1季都沒有討論，用今年的時間好好來想這個問題。下次要請全聯會先提出一個 proposal，有初步概念再逐步討論。這個進度大家可以嗎？時程表可以，就照這個行程辦理。

肆、臨時討論事項

第一案 分級醫療醫療院所宣導案

主席 蔡副署長淑鈴

對於牙醫師的部分，沒有說明很詳細，但是重點有提到。

龐代表一鳴

分級醫療是大政策，所以要跟各單位多加溝通。因為牙醫感覺上沒有那麼直接影響，但因為都是醫界同行，還是要稍微了解內容。另外，跟理事長、主委請求，是否可以提供一個公會的場合，讓本署去把這項議題說明清楚。

第二點是實務上還是會有關係，牙醫部分負擔目前是沒有轉診的差額，實務上還是會有牙醫發現非牙科病人要轉到大醫院就診，就是跨科、跨專業的情形，

上次中醫全聯會跟貴會也有討論到牙醫跨科轉診是否要減免部分負擔，這個議題本署基本上是同意的，所以實務上分級醫療還是會與牙醫有關係。牙醫現在有複雜難症轉診，以及這種跨科轉診，現在電腦系統是以西醫考量，如果要把牙醫納進去，複雜難症轉診目前還沒辦法考慮進去，但是跨科轉診是可以的，這時候就需要這個轉診系統，所以還是需要有詳細說明與報告的機會，讓貴會會員週知，本署會透過各分區的力量，在各縣市、各地方安排說明會，署本部是跟中央級的全聯會說明，用多方管道來做溝通，再麻煩理事長給我們一些時間，讓本署同仁再去說明更清楚，另外這份簡報是公版，同仁去說明時，牙醫跟中醫有特殊需求，要因應且另外再作準備。

整個分級醫療的配套很多、很複雜，很多都會跟各個專業有關係，譬如說無障礙設施，醫院過去對無障礙設施要求很多，對於診所的無障礙空間要求沒有這麼多，但是醫事司有要去 promote 這個部分，這部分就跟各位有關係，未來會再報告更清楚，今天的報告就先這樣。

主席 蔡副署長淑鈴

上次牙醫代表有提出來牙醫轉西醫的議題，是適用經轉診減免部分負擔的規定，所以若有病患需要轉西醫是適用的，第2點是若要轉診也要進到轉診資訊平台轉診。請理事長再給我們時間，在全聯會幹部出席多一點的場合，讓本署去現場展示這個系統，這個系統預計3月要上線使用，4月15日才會改版，還是要多加熟悉，雖然牙醫轉西醫的機會不多，但有的時候就可以透過這個系統，讓民眾在還沒有到達之前，醫院就收到資訊、可以幫他做轉診就醫安排，讓民眾對轉診有信心，相關細節會另闢時間跟大家說明。另外，也拜託全聯會，原本就有的牙科轉診點數有加成，是不一樣的，這部分現在有系統嗎？目前全部都使用書面轉診，有沒有打算要資訊化？因為本署靠申報資訊無法清楚牙醫實際的轉診過程。

龐代表一鳴

目前轉診系統是比較簡單的版本，希望未來功能可以更加擴充，需要兩大方面，一個是專業團體提供需求建議，一個是要內化到醫院的 HIS 系統，這需要醫院的配合，目前是用切換的方式，對於不是很熟悉電腦的人會覺得不太方便，所以現在版本的確還有改善的空間，會持續進步。牙醫有特殊轉診的服務，可不

可以在系統擴充過程中，請牙醫也來參與？可以讓系統功能更強，服務更多人。

主席 蔡副署長淑鈴

3月系統會先上線，下一步再試著把牙醫間的轉診建置進去。

陳代表彥廷

再請全聯會的資訊人員與本署討論。

主席 蔡副署長淑鈴

這樣就可以知道病人流動情形跟結合申報資料，觀察是怎樣的狀況。

龐代表一鳴

目前許多家醫群已經有轉診系統，但是建議還是使用本署轉診系統，因為健保轉診系統是用 VPN，相對安全，用一般 internet 的轉診系統，有時候會需要病歷資料，有些醫院的資料就會因此變得比較限縮，再跟大家說明。

主席 蔡副署長淑鈴

總之轉診會有院際間病患資料的傳遞，資料總是不要有意外，最好還是在封閉的網路環境中傳遞會比較安全，還是希望大家都進到這個封閉的網路傳遞病患資料，效率也會提高。等這個系統上線後，我們再來研究牙醫轉診要怎麼掛進來這個系統作應用。

連代表新傑

我對於這個轉診非常贊成，我一直有個希望，是否能將家醫計畫納入牙科這一環，因為牙科跟很多疾病是有相關的，例如糖尿病與牙周病，牙周病惡化很嚴重有可能是因為糖尿病沒控制好，如果要轉診，醫院人太多，那我們可以轉診所，可是我們根本不知道家醫計畫裡面有哪些診所照顧糖尿病，因為我們不是在這個團隊裡面。我的意思是，希望可以把這些連結起來，是不是糖尿病病患也可以篩檢牙周病？永遠是糖尿病醫生看糖尿病，牙科看牙科，這是連結的問題。那包括轉介，牙科發現 NPC 或口腔癌要轉診到醫院，而不是讓病患自己跑到醫院去，我很贊成轉診數位化能把牙科轉西醫加進去。

主席 蔡副署長淑鈴

現在轉診平台不限科別，也不限上下轉，也可以平行轉，都可以使用這個平台。

龐代表一鳴

連醫師的建議是我們最近改善的方向，以前是強調家醫群的群，但不強調家醫群的群內功能，雖然有垂直轉診，但其實有很多可以水平轉診，例如說病患在家醫科，但他有其他婦產科或牙科的問題，不一定要垂直轉，也可以水平轉就足夠了。過去家醫群的組合沒有強調功能，比如說內外婦兒，老人家需要復健、牙科、社區藥局、居家護理、安寧，功能是需要擴充的，這是我們努力的方向，但是實務上會面臨一個問題，家醫群有個案管理費的 incentive，後續還有很多問題我們會一一去克服，那在達到家醫群的境界之前，請看第41頁的第26張投影片的居家整合系統，希望牙醫的在宅可以跟西醫的居家界接起來，在宅的病歷傳統上是在各家院所，但是在宅應該是以病人為核心，大家可以 share 病患的 information，在居家整合系統中，護理之家與院所可以共享資訊，牙醫進來也是共享這個平台，我們從這邊去做發散，居家也是家醫群的整合，我們從這邊開始努力。

主席 蔡副署長淑鈴

這2個系統都是馬上要上線，請理事長安排一個專屬時間讓本署去說明，也請醫管組現場展示這2個系統。牙醫在宅也一直在推廣，雖然個案不多卻也在成長中，事實上這些個案都跟西醫重疊，牙醫師也需要知道病患西醫的問題，才可以避免掉不必要的風險。未來如果進來這個系統，也是有義務要登錄做了哪些事情，只要這兩個系統穩健上線，很多事情效率都會提升，但我們很擔心有了好的系統，大家卻沒有進來使用，希望全聯會透過各縣市公會要求會員進來使用。

溫代表清華(代理吳代表永隆)

如果方便大家就會使用，這兩個平台是不是要在電腦上另外去點開使用？還是可以放在雲端藥歷的頁籤裡面，或許會比較方便一點？相信牙醫師會比較願意去使用。

醫審及藥材組 曾科長玫富

雲端藥歷有 URL 版，只要將 URL 版的定址連結網址嵌入院所 HIS 系統的程式裡面，院所 HIS 系統就會有個雲端藥歷連結按鈕，醫師不用切換 HIS 系統畫面即

可直接開啟使用，所以電子轉診單及居家醫療整合照護這兩個系統一樣也可以請資訊組提供 URL 版定址連結網址，再由院所請資訊廠商在自己的 HIS 系統裡面嵌入該段語法建置兩個連結按鈕。

主席 蔡副署長淑鈴

這是 HIS 系統可以改的嗎？

陳代表彥廷

再請廠商處理。

龐代表一鳴

我們的系統沒辦法寫進院所的 HIS 系統，但是院所 HIS 系統可以呼叫我們的系統，已經有跟電腦公會說明過 HIS 系統的部分，各個廠商修改的方式不太一樣，有些是直接呼叫，有些會做的更複雜，這部分就是看廠商。

主席 蔡副署長淑鈴

請理事長與全聯會幹部多跟會員推廣。請問還有臨時動議嗎？

李代表明憲

承蒙心口司與健保署各位專家學者，全聯會有編製感染管制指引，提供給各縣市每個診所，共印製8千本，這是完全按照 SOP 感染管制措施來執行。我們也編了種子教師訓練，共培養40幾個，希望到各地方公會擴展感染管制措施，非常感謝專家學者及疾管署提供內容文字，這次手冊是夾頁版本，會再持續增加內容，包括今年新增的冷藏措施等，因應每年不同環境再增加資訊，如果貴署有需要手冊，請再跟全聯會索取。

主席 蔡副署長淑鈴

建議後續改版時，於引言章節加入本署署長部分。還有沒有其他問題？如果沒有意見，今天會議就到這裡，謝謝各位。