

# 全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

## 107年度第1次會議紀錄

時間：107年2月27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：張毓芬

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
石代表家璧	請假	張代表雍敏	張雍敏
朱代表日僑	朱日僑	許代表世明	許世明
何代表正義	何正義	連代表新傑	連新傑
吳代表迪	吳迪	陳代表雅光	陳雅光
吳代表明彥	吳明彥	彭代表啟清	彭啟清
李代表純馥	李純馥	溫代表斯勇	溫斯勇
杜代表裕康	(請假)	黃代表金舜	(請假)
沈代表茂棻	沈茂棻	黃代表福傳	黃福傳
季代表麟揚	(請假)	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	林俊彬	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表惠芳	林惠芳	黎代表達明	黎達明
林代表靜梅	林靜梅	謝代表尚廷	謝尚廷
洪代表志遠	(請假)	謝代表武吉	尹文國(代)
徐代表邦賢	陳建志(代)	簡代表志成	吳至浩(代)
翁代表德育	翁德育	羅代表界山	羅界山
張代表文龍	(請假)	蘇代表主榮	申斯靜(代)

### 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、陳思縝

柯懿娟、施奕含

洪鈺婷

台灣醫院協會	鄭禮育
本署臺北業務組	林怡君、蔡雅安
本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	洪穰齡
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	曾致富、張如薰、賴彥壯
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	余侑婕
本署醫務管理組	劉玉娟、林淑範、王玲玲、劉林義、 宋兆喻、張毓芬、鄭正義、吳韋均

#### 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：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、代表詢問 X 光上傳，健保醫療資訊雲端查詢系統乙項，經本署資訊組說明，可使用 DICOM 及 JPG 檔案格式上傳。

##### 第二案

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉，另下次報告執行概況時，新增列各分區預算金額及成長率以供比較，就診牙醫人數亦請註明係歸戶計算。

### 第三案

案由：106年第3季牙醫門診總額點值結算報告。

決定：

一、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	0.8750	0.8768
北區	0.9490	0.9509
中區	0.9309	0.9331
南區	0.9421	0.9433
高屏	0.9673	0.9664
東區	1.0744	1.0724
全區	0.9217	0.9224

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、各季結算說明表置於本署全球資訊網，供各界查閱參考。

### 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

案由：有關「107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」-執業服務計畫施行地區新增台南市山上區，提請討論。

決議：

一、107年1月「臺南市山上區」已無牙醫特約院所提供服務，

故同意該區增列為 107 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執業地區。

- 二、會中代表反映本方案巡迴計畫中，花蓮縣「萬榮國中」、「秀林國中」2 個巡迴點，因鄉鎮不符本方案五「施行地區」之規定恐遭撤除施行地區分級與降級乙項，考量 2 校位於兩鄉鎮交接處，交通不便，且學校學生多數為原鄉學生，同意前述 2 個巡迴點，以原申報之二級地區，申報論次支付點數。

## 第二案 提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節-(83081B、83082B)立體定位術，建議開放口腔顎面外科專科醫師施行，提請討論。

### 決議：

- 一、支付標準診療項目 83081B「立體定位術一切片」及 83082B「立體定位術一抽吸」，支付規範增列口腔顎面外科專科醫師施行乙節，事涉牙醫及醫院總額，本項尚須提至支付標準共擬會議討論。
- 二、有關調整口腔顎面外科給付項目或支付點數乙節，請牙醫師全聯會考量，為發展口腔顎面外科，盤點該科相關診療項目支付之合理性及預算等衝擊，提牙醫門診總額研商議事會議討論後，衡量經醫院總額研商會議討論後，再提支付標準共擬會議討論。

## 伍、臨時報告案

### 第一案 提案單位：本署醫審及藥材組

案由：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

決定：洽悉，有關隨機案件之回推方式將採「適用無設定回推上限值者」(與現行方式相同)之作業方式，並報部備查。另各總額別各隨機案件之回推方式，於年度總額評核會議時，健保署應主動提出說明。

陸、散會：下午4時30分

柒、與會人員發言摘要詳附件。



## 107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 蔡副署長淑鈴致詞(略)

貳、報告事項

### 第一案 歷次會議決議事項辦理情形追蹤表

主席 蔡副署長淑鈴

在決議事項追蹤結果，只有支付標準的英文翻譯一案仍繼續列管，其餘皆解除列管。請牙全會需要的話再提案，還有其他意見嗎？

陳代表建志(代理徐代表邦賢)

關於新的支付標準雖然已公告，但修訂之內容項目在第二頁的第二項，院所對於 34004C(齒顎全景 X 光片攝影)仍有一些疑問，首先為每人限給付一張，是指終身一次嗎？第二是含跨院所，有些牙醫院所無相關軟體，看不到其他院所的 X 光片，該如何去瞭解跨院所？第三則為特殊傷病狀況不在此限，特殊傷病並沒有定義，雖然在牙醫醫療費用審查注意事項有列出四點，分別為對口內片敏感、不好放入等；第四個問題為病患可否自費拍攝？因牙科狀況隨時都會改變，例如年紀大的病患其齒槽骨會改變，而健保給付限終身一次，跨院所我們也看不到。以上這些疑問，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

醫管組說明。

醫務管理組 李組長純馥

有關支付標準疑義，雖然每人限支付一次(含跨院所)，但有特殊傷病狀況還是可以除外，所以說終身一次也不全然。至於特殊傷病狀況的定義，雖無明列在支付標準，但有列在審查注意事項，這部分尊重專業如有需要可以做調整。

目前在即時查詢方案，為院所上傳影像後，資料會放在雲端醫療資訊系統裡，後續院所可以去查詢其他院所拍攝之照片。

至於病人自費問題，若不符合給付要件，院所要跟民眾說明清楚，有關自費說明及規定在相關的健保醫療辦法都寫得很清楚。

陳代表建志(代理徐代表邦賢)

減少暴露量，這是對的。但現在特殊狀況是什麼？我們也沒有辦法講清楚，所以才要定義；第二點，目前是真的可以上到雲端，但問題是現在上去看不到，不是很多院所都有上傳。

主席 蔡副署長淑鈴

所以，就是要請大家都上傳。

陳代表建志(代理徐代表邦賢)

對，但這個過渡時期該怎麼辦？如果說，去看也看不到的話？

主席 蔡副署長淑鈴

設計雲端醫療系統就是要大家資訊分享，過渡時期可以利用公會來幫忙，請院所都上傳，這樣就很快。

連代表新傑

有關上傳需要使用 DICOM 軟體，我們上次有提出建議，是否可以採用 JPG 檔案格式，署回應是要再研究，因後面有寫到要立意審查，在尚未決定之前是否可以給我們一點空間？

主席 蔡副署長淑鈴

還不會用這個題目來當立意審查對象，但有關檔案格式，請醫管組說明。

醫務管理組 李組長純馥

已跟資訊組討論有關 JPG 檔案格式，其回應是問題不大，但有關更改申報上傳的格式，還需考量雲端系統在跨院分享上，下載端在查看 JPG 檔案時會不會有模糊的情形，可能要先測試後再來改規定。

主席 蔡副署長淑鈴

有關影像傳輸最好採用 DICOM，上傳目的為院所間分享，除了上傳外，還需考量分享問題。

連代表新傑

當初我在參加研討會時有提出意見，其實醫審在抽審的時候，審查醫師 JPG 檔也可以看得清楚，相信 JPG 檔在分享不會有問題。

主席 蔡副署長淑鈴

你在這邊可以分享，是因用署內的機器，但回到診所，都是他們自己的機器。

連代表新傑

這很單純，我們詢問過廠商，他們輸出的格式就是 JPG 檔。大部分的診所，買的機器就是舊的形態，幾乎都是 JPG 檔格式，問題是在如何轉換成 DICOM 格式可以更順利。



至於剛剛醫審的部分，全聯會當時針對審查注意事項有提相關的特殊規定，應該還是回到專業審查的部分。只是說剛開始南區有回應是因業務組做一些檢核，造成一些院所的緊張或是情況，我覺得大家會後可以討論做個磨合，因為支付標準表剛剛修訂，可以會後再討論有些相關的誤會，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

南區的同仁有對這部分做立意抽審嗎？請回應。

南區業務組 洪專員懷吟

這部份其實在去年有發現一些在定義上的問題，後來有把在 REA 報表核減的部份拿掉，所以目前南區並沒有針對齒顎全景 X 光片做立意抽審並核減的動作。

主席 蔡副署長淑鈴

這樣可以嗎？好，上傳檔案格式部分，稍後請資訊部門回應。

黎代表達明

謝謝署內對於 34004C 的回復，我們剛剛收到北區核減 100 多份的 34004C，這個部分目前正在做申復，相信陸續各個醫院都會慢慢收到，因為上面全部都是蓋專案，所以我相信北區也是在執行，所以建議這個作業是不是有個檢討以後，再繼續進行，麻煩一下哪個單位做回應。

主席 蔡副署長淑鈴

請北區同仁回應。

黎代表達明

是台北區。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝，臺北區同仁說明。

臺北業務組林視察怡君

之前做過的 34004C 專案，是用特別的定義去篩選且經過共管會議討論，篩選定義在上次會議有報告，是用 34004C 加 01271C 當分母，分子是 34004C，比率大於 50% 的院所，去篩選前幾名的院所案件來送審，這些審查核扣也都是依據審查醫師判斷來決定，不一定抽審就一定會核扣。當初篩選的標的是用所有的 pano 片當分母，34004C 申報超過 50% 去做抽審，以上報告。

主席 蔡副署長淑鈴

好，如果是分區自己有共識當成抽審指標，就回到分區去討論。但是目前分區

回應並無用上傳這個原因去做立意核扣，還有其他意見嗎？

陳代表建志(代理徐代表邦賢)

還有特殊傷病。

主席 蔡副署長淑鈴

如果特殊傷病定義要提出修正，請另外提案。請資訊組的龐科長來跟大家說明有關影像的部分。

資訊組 龐科長君豫

如果牙科上傳 JPG 檔案格式，我們也都 Ok，院所端上傳的檔案解析度是多少，我們這邊就都照樣接收。

主席 蔡副署長淑鈴

如果不是 DICOM 格式，user 端會不會看得不清楚？

資訊組 龐科長君豫

不會，因為院所端儀器原始產製檔案的格式就是 JPG，轉至為 DICOM 解析度也不會改變，其實在診間雲端系統看 JPG 更容易，因為它還不占用我們的 viewer 的資源。JPG 因為其實就是一個圖檔，圖檔用 windows 都可以開啟。

主席 蔡副署長淑鈴

所以是都可以接受？不用要求院所都要轉換成 DICOM 格式。

資訊組 龐科長君豫

是。

主席 蔡副署長淑鈴

這樣也省掉修改程式的費用。

資訊組 龐科長君豫

對，其實署內現在費用抽審，我們也接受 JPG 檔案。

主席 蔡副署長淑鈴

好，技術上資訊部門這樣回應就算數，謝謝龐科長，大家還有沒有其他意見？沒有，我們就進入下一案。

## 第二案 牙醫門診總額執行概況報告

主席 蔡副署長淑鈴

好，執行概況報告大家有沒有意見？

林代表惠芳

請問關於第 28 頁？第 15 項(醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務)跟 16 項(醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務)的執行率為什麼那麼低？

主席 蔡副署長淑鈴

好，哪一位要回答？羅代表嗎？

羅代表界山

現在講的就是第 15 及 16 項嗎？

林代表惠芳

對，還有到宅好像也比較少。

羅代表界山

到宅本來就比較少，但以現在已經算成長相當多。

林代表惠芳

嗯。

羅代表界山

但是這個好像框列的項目我記得之前的會議曾經有提及健保署會進行修正？

主席 蔡副署長淑鈴

全年預算為 4.73 億元，目前已支用了 3 億多，第 1 季到第 3 季預算執行率為 75 %，這個占率是指占所有費用的比率，不是執行率。

林代表惠芳

在老人的部分，我記得去年有提到推展時遇到一些困難，想要知道困難仍沒有排除或有其他原因，導致這樣子的結果。

羅代表界山

這個是跟第 12 項(醫療團失能老人牙醫醫療服務)是重疊，因為我們大概都是用失能老人來做申報，所以就比較沒有申報特定需求失能老人，因為特定需求是身障，所以在老人機構裡面基本上都是用老人身分在做申報。

林代表惠芳

所以是申報的方式。

羅代表界山

對，身分別的問題，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

大家還有沒有其他問題？

翁代表德育

最近我們分區裡面因為有稍微爭議預算重分配的事情，所以先確認一下幾件事情，首先是第 25 頁，在 power point 第 14 張，有關就診牙醫人數(分區別)，其實他應該是各分區醫療院所而產生的就醫人數，所以有重複，加總是不等於的？是否下次可以加上註記說明，因為有的人會認為是投保人數或是醫療院所就醫人數。

主席 蔡副署長淑鈴

好。

翁代表德育

第二件，現在都是診所數、執業數及就醫人數，能否將各分區的預算成長率也順便寫在上面，因為總額的成長率大概是只有一個，可是各分區的投保人數、人口因子是不一樣，所以分配到各分區的預算成長率也不同，有的增加多一點，有的增加少一點，大家會去 argue 這件事情，不曉得方不方便順便寫在這裡？以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，醫管組可以嗎？

醫務管理組 劉科長林義

就是把參數表的數字擷取，放在這裡就好。

主席 蔡副署長淑鈴

好，就是多一張分區預算的金額跟成長率，然後第 14 張投影片的就診牙醫人數(分區別)，新增備註為院所歸戶的就診牙醫人數。這兩個決議麻煩落入文字，如果沒有問題，執行概況報告就到這裡，接下來第三案。

**第三案 106 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告**

主席 蔡副署長淑鈴

去年第 3 季點值結算有沒有問題？如果沒有意見，點值就確認，接下來是討論事項。

參、討論事項

**第一案 有關「107 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」- 執業服務計畫施行地區新增台南市山上區，提請討論。**

主席 蔡副署長淑鈴

好，討論事項第一案，大家有沒有意見？沒有意見就通過，接下來第二案。

翁代表德育

剛好有討論到醫缺，因為花東也有幾個問題，請花東的主委何正義理事長順便跟大家報告。

何代表正義

這兩天接獲關於秀林國中及萬榮國中這兩個巡迴點的通知，秀林國中從二級降為一級，然後萬榮國中是取消，因為這對當地的民眾是非常重要的，所以是希望能夠維持以往，以上。

醫務管理組 李組長純馥

有關巡迴點是以鄉鎮別來規範，如果不符合公告規定當然就不能設立，其實這兩個點是住址跟他的名字是不一致。首先，萬榮國中是在鳳林鎮，並不是萬榮鄉；第二，秀林國中調降為二級，是因為他的住址是新城鄉，而新城鄉是一級。請東區同仁再說明？

東區業務組 劉科員翠麗

其實是分會的工作人員告知他們報錯級數，其實我看了一下，秀林國中確實在過去這麼多年來一直都是二級，然後萬榮也是報在萬榮鄉，後來我實地到秀林國中，其實他路程更遠，已接近太魯閣，且地點在海邊，相對於秀林鄉的社區醫療站雖然是二級，但其實更近。所以可能是當初規劃時的考量，但依據署本部在鄉鎮別的規定，就要回歸這樣，以上我做的說明。

何代表正義

後來我們也知道不對，但我要說明，原住民的鄉鎮在行政區劃分是不太一樣，第一個以秀林國中而言，如果走台九線，從花蓮往北一直到太魯閣的右邊都是屬於新城鄉，左邊靠山是屬於秀林鄉，而秀林國中位處於那裡才叫做秀林國中，考量相近的秀林衛生所與平安牙醫診所均無提供夜診，以太魯閣到平安牙科的

車程大概 25 分鐘，更不用遑論要坐公車。

第二個萬榮國中也是一樣，雖然歸在鳳林鎮，但沿著台 9 線，鳳林鎮在北邊，萬榮國中要再往南，往中央山脈整個就是萬榮鄉，當初在規劃時就考量因為很偏遠且學生幾乎都是原住民，所以才會設立巡迴點，當然是以行政區域來說，確實是不符合設置巡迴點，但如果在照顧我們的原鄉部落，使民眾能夠得到很好的牙醫照顧的話，這個點真的是非常重要，希望大家能夠支持，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，經過何醫師的說明，秀林國中跟萬榮國中的確是很偏遠，如果開車要將近半個小時車程的話，在台北市就從東邊開到西邊，從這個觀點來看的确是很遠？

謝代表尚廷

而且做這麼久了，如果把它撤掉會有影響。

醫務管理組 李組長純馥

新城是降成一級。

何代表正義

萬榮是全部拿掉。

主席 蔡副署長淑鈴

就是萬榮可能要留著。

何代表正義

當然是我們希望說秀林能夠維持二級，因為那邊真的很偏遠，不是我們能夠想像，當地的人真的很需要這種巡迴點，尤其是就醫方便性，雖然人數不多，所以基於這幾點，希望這兩個點都能夠維持，以上，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

各位委員有沒有什麼意見？好，本案同意新增台南市山上區，然後秀林國中跟萬榮國中都維持原議。謝謝，接下來第二案。

**第二案 有關「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節-(83081B、83082B)立體定位術，建議開放口腔顎面外科專科醫師施行，提請討論。**

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝，全聯會有沒有人要說明這個案子？

連代表新傑

因為負責的蔣醫生還沒有出席，我先代為說明一下，因立體定位術應用於比較深層的口腔癌，在比較接近顱底的部位，但卻限專科別。其實耳鼻喉科執行口腔癌的情況跟口腔顎面外科有很多業務範圍幾乎是重疊，但耳鼻喉科可以做，口腔外科卻不能，這個部分是該跟病人收自費還是要如何處理？蔣醫師調查後，大概只有 60 件數左右，60 件乘以支付點數 25,000，其實點數也不多，所以從牙全會先提出需求，希望口腔顎面外科也可以開放執行，點數修正為 18,000 點，然後看能否提至共擬會議討論，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，其他各位代表有沒有意見？來，請。

吳代表明彥

其實這種醫療技術跨專科是很平常，我覺得只要訓練足夠口腔外科的醫院或醫師應該也可以施行申報此項目，我們也一直希望台灣的口腔外科可以像國外訓練到連 obturato 也可以做，這是一個好現象，甚至國外的牙科醫師都可以做假耳朵，台灣應該在這一部份應該要鼓勵這種技術的進步，讓他們有申報的機會。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，立體定位術多於住院施行，住院費用涉及醫院總額，不在牙醫門診總額，所以增加的費用當然是會用到醫院總額的費用？

連代表新傑

會，但量不多。

主席 蔡副署長淑鈴

這一百多萬相對於醫院總額其實並不多，但因這等於是支付標準備註的修正，先經過牙醫門診總額研商會議是很 ok，今天通過不代表就是通過，之後還要到共擬會議去討論，所以現在你們估的 60 件是低估還是高估？

連代表新傑

因為我也沒有數據，這是因為當初是蔣醫師…。

主席 蔡副署長淑鈴

牙醫師公會全聯會還要評估財務衝擊，等於財務負擔，因為要用到醫院總額，所以代表牙科的專家告訴我們說大概一年是 60 件左右，對不對？

連代表新傑

這是醫院牙科的代表去詢問各醫院後估算大概 60 件，因為牙醫總額並沒有醫院的數據，所以我沒有辦法用檔案分析來跑出來。

主席 蔡副署長淑鈴

好，這會列入會議紀錄，就是 60 件，估算大概 100 多萬，就用這個金額提到共擬會議討論，到時也會邀請耳鼻喉科及神經外科醫學會出席。

謝代表尚廷

我在想這 60 件、100 件或是 30 件也好，如果口腔外科不能申報，在醫院裡面就可能轉到耳鼻喉科去做，還是會申報，不可能因為口腔外科不做他們就不做。

主席 蔡副署長淑鈴

你的意思是根本不會增加費用。

謝代表尚廷

有可能，這個病人一定要有人治療，不可能口腔外科不做他們就不做，在醫院可能就移轉到 ENT，所以應該沒有衝擊。

主席 蔡副署長淑鈴

所以理論上對財務沒有衝擊，就是直接轉移而已。

謝代表尚廷

沒有衝擊，如果覺得口腔外科具有這個專業，照理說就該給他們做，而不應該去限制，這樣對口腔外科有一點傷害。

吳代表明彥

這個就會影響大家就不去發展口腔外科，如果不能申報，醫院也不會投入去訓練好的口腔外科醫師送到國外進修，所以我是覺得跨專科在醫界裡面是很平常的事情，什麼人做比較好，病人就會自己去找那一科，只是如果沒有這個機會，就不會去訓練好的口腔外科醫師。

謝代表尚廷

對，非常贊成。

申代表斯靜(蘇代表主祭代理人)

其實以區域醫院來講，大部分醫院都是定位 ENT 還有神經外科施行該項手術，所以建議在共同擬訂會議的時候，應該把預估數量和現有數量再去做一個比較明確的調查，就是已由神經外科跟 ENT 施行的量，以供參考，以上。



主席 蔡副署長淑鈴

就是第 76 頁這一部分嗎？

申代表斯靜(蘇代表主榮代理人)

對。

主席 蔡副署長淑鈴

76 頁已有立體定位術申報總量件數，但是口腔癌的手術應該只是其中一部分，同仁能否將現在 5,000 多個住院醫令去串診斷為口腔癌嗎？這樣就可以知道因為口腔癌而做的立體定位手術件數。

現在希望該項技術開放口腔顎面外科醫師施行，理論上就會從耳鼻喉科或神經外科這邊移轉到口腔外科的醫師，所以會因開放後變成總數變多或有財務問題？

謝代表尚廷

事實上不會。

主席 蔡副署長淑鈴

好，如果是這樣的話，不管是不是 60 件，只要估算出來是高於 60 件也是對的，大家還有沒有其他意見？

醫務管理組 李組長純馥

因為備註是適用於這四個醫令代碼(83081B、83082B、83083B 及 83084B)，再次確認按照您的建議是這兩個(83081B 及 83082B)要開放到口腔顎面外科嗎？

蔣代表維凡

是，因 83083B 跟 83084B 是屬於放射治療，手術部分我們大概是用在靠近顱底的一些腫瘤，基本上放射的部分，應該是放射腫瘤科的醫師施行，事實上外科醫師會執行是前兩碼。

主席 蔡副署長淑鈴

好，確認是 83081B 跟 83082B，大家有無其他意見？

翁代表德育

主席，有個疑問要請教，我們口腔外科住院有很多項目，最近這幾年點數從來沒有調整過，是蠻可惜的一件事情，現在問題是牙醫總額要幫住院口腔外科專科醫師調整他們的點數，應該要如何進行才會比較適切，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

如果覺得現有項目支付點數偏低而要調整點數，請依程序先來函文，檢附證據證明偏低(例如成本已經提高，要有成本表)，經過專家會議，就會提案到共擬會議，通過後支付點數就會調整。如果是屬於住院牙科的項目，因目前在醫院總額，調整點數一定會有財務衝擊，一定要在醫院總額財務可以因應的情況下才能調整，機制要併同在共擬會議討論。

### 吳代表明彥

這位代表講得很好，因為牙醫在醫院總額算是小，發言權益是不大的，你們真的很想鼓勵口腔外科醫師，你們的總額有沒有辦法拿個保障款給他們用，自己也可以內部好好考量，其實不多，這也代表你們關心和鼓勵口腔外科醫師，這個只是小建議，沒有特別的。

### 主席 蔡副署長淑鈴

牙醫門診總額的錢要勻用部分到牙醫住院，顯然不符合現有規定，因現在能夠在總額內，跨部門或是跨分區互相勻用，都是在總額內。唯一應該是醫院總額去容納，剛剛吳代表明彥提到，因為你們要去用醫院總額費用的時候，在浩大的醫院總額裡面，發言權是很低的，他不一定會幫你考慮，但不代表不能提案。醫院總額每年都有非協商因素，每年都是在上半年的會議就決定用途，如果要調整就請你們盡快提案，必要的時候跟醫院總額的代表，先商量一下，應該某種程度醫院總額不要排除牙醫應該要的費用才對，可以嗎？

### 申代表斯靜(蘇代表主祭代理人)

要看過。

### 主席 蔡副署長淑鈴

大家有無其他意見？

### 連代表新傑

主席，希望能提供醫院總額有關口腔顎面外科的住院費用資料，包括申報醫令或是牙醫口腔癌收住院的一些開刀房的醫令所產生費用，因在牙醫門診總額是不會有這個醫令的費用，醫院總額才会有，所以我們寫成本分析，財務預估會比較好寫，不然完全沒有資料，謝謝。

### 主席 蔡副署長淑鈴

可以會後跟醫管組商量，要選擇那些醫令是牙醫有在做的，而且是屬於住院類別，好不好，請謝理事長。

### 謝代表尚廷

參考歐美的口腔外科，歐美要走口外就先拿個 MD，訓練通常是 DDS 結束 8 年之

後，還有四五年以上的訓練，他做完是很 advance 的東西，我們是很期待台灣也可以有這樣的方案，但在現有的架構上還是有困難。

舉例以剛剛那個狀況，其實 ENT 跟放射線科能做是很合理，但口腔癌其實是 involved 這個地方，口腔外科本來就能做，卻不能申報，所以往往病人權益也是受損。

口外的發展對我們整個外科體系，尤其是顱顏外科的發展是有很大的幫助，如果我們口外科可以像國外這樣子，當然是民眾之福，我們從架構上在署方跟付費者代表，是不是可以想辦法，這個已經超出我們能建議的，在醫院裡面，口外應該要適度去扶植跟發展，我們很希望但有點力量不夠，尤其牙科。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，謝謝，其他委員對於幫助口腔外科發展的意見是什麼？變成牙醫總額的一環還是留在醫院總額？像這種病人需要口腔外科，可能還有很多西醫問題要併同治療，即不是只有口外可以解決全部問題，如果要把他拉回牙醫總額會有費用切割不清楚的問題，病人也有給西醫治療的，例如耳鼻喉科或神外，所以這是一團沒有辦法處理切割清楚的東西，若能提出方法比較重要。

**翁代表德育**

報告主席，方法要慢慢來，但是第一個就是說，其實醫院總額這幾年來光醫療服務成本指數改變率就成長很多，我們口腔外科在住院的部分，從來沒有調整過，這是相對不太公平的地方，在醫院大家如果是做一樣的專業，我們牙醫總額、牙全會當然責無旁貸，大家的立足點要平等，應該要成長的地方，應該要讓他成長。

**謝代表尚廷**

我認為要幫忙口腔外科，第一是項目給付可以增加，第二為合理的點數，如果其他項目有調整，就口外項目沒調整，當然就是沒有合理調整，希望醫院、健保署這邊也能支持，謝謝。

**主席 蔡副署長淑鈴**

還有嗎？請蔣代表。

**蔣代表維凡**

我是代表醫院牙科協會及口腔顎面外科學會的健保主委，目前就自己認知要幫助口外的發展，就是在醫院總額的住院給付部分，有機會去提出我們的需求，經過制度面的審核，認為合理，就有機會去提升點數或是納入項目的給付，這就是口外界最大的希望。當然我們也會審視目前在 20 年前便存在的住院開刀房手術的支付點數，目前哪些是不合宜的，來提出增修。例如今天第二案就是在幫助口腔顎面外科，這就是很好的範例。

當然該如何幫忙或切割，真的是個大議題，誠如副署長所說，的確是切不開的，特別現在的住院治療，都是強調跨團隊領域合作，事實上你要單一一個科別，把所有住院病人的問題都解決是很困難的，除了說是小問題，大概只要是住院要把他單獨切割出來的確是很難。

15年前口外專科醫師大概300人，現在也不過400人，也不過增加100人，現在active有做major surgery的口外醫師大概100位左右。我們口外可以幫助整個口腔疾病診療水準的提升，但是還有更多的面向需要大家的幫忙，特別是健保支付這塊。

主席 蔡副署長淑鈴

好，請教林教授的意見。

林代表俊彬

我常常在說口腔外科穩，整個醫院就穩，口腔外科訓練的好會帶動整個牙醫的水準，對整個國家是好事是正確的。我是絕對支持口腔外科要加強要提升他們的水準，但至於健保這塊要去思考一下，住院這塊我覺得應該是要去突破。

吳代表明彥

主席講的是對的，這麼大的政策絕對不是我們今天這個會議可以解決，我們這邊真的只能幫忙是給付或項目，因為有些政策面不是我們能控制，例如：要不要有DDS及MD學程這些系列的學習美國，這是衛福部跟教育部的權責，我覺得牙醫師公會要主持一個專家小組，好好做研究，看要如何去鼓勵這些口腔外科，給相關部會去建議。

主席 蔡副署長淑鈴

好，請謝理事長。

謝代表尚廷

現在口腔外科，active在做major surgery不到牙醫師的1%，人數是越來越少，以前口腔外科真的非常興盛，是我們畢業的apply第一志願，現在都招不到人，衡量之下的執業環境跟其他比起來，他們就不願意走，然後專科都跑去開業做GP，其實他們都是很優秀、願意吃苦耐勞、也有理想、教學研究的醫師，這一批人越來越少，對我們未來牙醫學是負面的。其實大家都願意幫助口外，我想醫院應該不會壓制口外。

那些項目是口外想發展，包括給付項目及點數合理調整，也麻煩口外學會要盡快提出，目前牙醫全聯會都還沒收到相關提案，雖然今天是牙科門診總額會議，但是花很多時間在提口外的事情，拜託大家一起幫忙。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，只要是涉及到支付標準的調整，包括點數調整以及支付規定，都需要牙醫師專家去盤點，一定會產生預算的衝擊，所以有關預算衝擊這部分，今天醫院總額的代表有四位，你們有什麼建議，因為這一定會用到醫院總額的費用，你們的建議是什麼？

吳代表明彥

我當然可以幫牙醫師講話，只能說真的趕快估算出來，在那邊盡量爭取。

申代表斯靜(蘇代表主榮代理人)

確實在區域醫院來講，從醫院看得到我們口外醫師真的非常辛苦，在給付上面，現在一顆假牙有時候都不只一萬八，如果像剛剛專家來講的話，可能口外學會必須要很清楚應該什麼時間點要收集什麼樣的數字，再請健保署來協助。相信以這樣的數據來看，吃到醫院的總額，我不覺得醫院會反對，確實病人有這樣的需求，而且多功能的團隊本來就在這樣執行，支付標準確實是有必要做調整，經專家試算後，在正確的會議去提案才能夠做決議。

主席 蔡副署長淑鈴

好，有關今天討論住院牙醫在醫院的口腔外科這部分的發展，大家都正面支持，特別過去3、4年來，我們對於五大皆空，投入的金額非常的龐大，有大幅的醫療的點數對急重難症的調整，確實沒有調到牙科，你們有立場可以提出來，相信醫院總額也會支持牙科，事實上牙科病人，西醫也在照顧，現在都是整合醫療，應該是不會太大的排斥才對。請全聯會先提案，然後大家再一起衡量，要不要往醫院總額研商會議去討論，再到共擬會議討論，下次會議來得及提出嗎？

蔣代表維凡

應該可以。

主席 蔡副署長淑鈴

好，本案 83081B，83082B 就提到共擬會議去討論，只是修正備註而已，不影響費用。今天還有一個臨時報告案，提案單位是醫審藥材組，請說明。

肆、臨時報告案

第一案 隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明

醫審及藥材組 張科長如薰：報告案由說明(略)。

主席 蔡副署長淑鈴

這個部分全聯會之前已參與過討論，牙醫總額在這部分沒有改變放大倍數，但極端值比率調整到 14%，此處文字若沒有問題，審查辦法 3 月中旬公告後會公告這些比率。

**翁代表德育**

請問為何四個總額部門隨機抽樣放大回推基準不一樣？

**主席 蔡副署長淑鈴署長**

對，現在變成不一樣。

**醫審及藥材組 張科長如薰**

原審查辦法中，各總額抽樣率原本就是不一樣的，西醫門診抽樣率是 1/100，牙科抽樣率是 1/10、1/20，原規定是依抽樣比例回推。後來西醫對依抽樣率回推比率過高的部分，認為會影響財務平衡，故才有後續提出討論的情形。至於牙醫總額，因抽樣比率為 1/10，故放大回推比例也就相對不高。

**翁代表德育**

我有很大的意見，縱使我們全聯會已經提供意見，因我們不知道其他總額是怎麼做的，但隨機抽樣，怎麼會隨機抽樣放大回推基準不一樣？還差不少，而我們還把初核核減率當做品質確保方案的指標，這不是擺明打我們牙科嗎？

**醫審及藥材組 張科長如薰**

各總額核減率扣回的金額其實都是回到各總額，西醫基層如此，牙科也是，不會受到其他總額影響。

**翁代表德育**

我在意的不是錢，是公平性，各總額都隨機抽樣，但放大的比例怎麼會不一樣？這沒有辦法說服我，恕難同意。

**醫審及藥材組 曾專門委員政富**

依預計修正的審查辦法條文規定，只是新增各總額「得」透過協商機制設定實際核減的回推倍數上限，但計算均仍依統計原理辦理。至於初核核減率列入品質確保方案原係牙全會建議的。

**翁代表德育**

核減率當初我是反對的，當初我是質疑過初核核減率包含行政核減率，後來因為主席有說明，所以我們就同意。所以我們不是一開始就同意核減率列入品質確保方案的。但如果按照原理，為何還要設上限呢？這件事很難妥協，現在牙科每一年跟各總額初核核減率都是低而穩定，那專業審查是要做什麼。我們牙醫部

門反對本案，各總額應該要一樣。

**醫審及藥材組 張科長如薰**

本案自 105 年起已召開過多次會議討論，各總額可以設定不同回推上限，牙醫全聯會已決定用現行方式處理。

**翁代表德育**

我再重申，牙醫全聯會已決定用現行方式處理這句話是對的，但總額有評核，站在立足點平衡上，以後專業核減率從評核會上應拿掉，因為這樣根本看不出來專審的功能何在。我的觀點很簡單，剛剛說因為件數大回推造成其他部門財務有影響，是因為其他部門成長率及母體大，回推當然比較大。我們立場很簡單，就照以前這樣做也 OK，其他部門跟我們不一樣也就算了，但我們在評核會上要如何去爭取這一塊？

**醫審及藥材組 張科長如薰**

評核項目是否要列入專業核減率的部分應由衛福部來處理。

**主席 蔡副署長淑鈴**

本案原本是報告案，但現在變成了討論案。

**翁代表德育**

我們是尊重，但是不要因為我們尊重而使牙醫在其他方面節節敗退。

**主席 蔡副署長淑鈴**

請問今天的報告案是不予通過嗎？審查辦法的預告期限已結束，但期限內大家沒有表示意見，請大家參看第 12 頁的預告條文：「隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應由保險人與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬定，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報主管機關核定後公告。」目前本署已與牙全會擬定，現在是依本法提研商會議確認後要報主管機關公告，請問牙全會現在的意見為何？反對、通過或保留？

**謝代表尚廷**

翁醫師的意思主要是說，如果大家回推比率不一致，那核刪結果在不公平的基礎下呈現，結果就會有所不同(例如：其他總額抽樣比率 1/100，合理應為 100 倍，但現在結果只擬定回推 30 倍；牙科抽樣 1/10，那就不是 10 倍，是否依比率應該回推 3 倍，以免核減結果失真)，這個部分四總額可否採取同一標準評比，以免在各總額評核上產生不公平？

**許代表世明**

我們尊重各總額的協商結果，但健保署可否在數據呈現上做備註說明。

主席 蔡副署長淑鈴

請問目前的爭議是反對四個總額回推方式不同？還是反對總額評核時沒有在同一基準。

謝代表尚廷

我們在意的是評核沒有站在同一基準比較，因為各部門回推倍率並不同。

翁代表德育

我們心理上認為四個總額部門回推方式不同真的不妥，但署裡若已有主張，我們是尊重，但因這樣已導致各部門在專業核減上的放大基礎不同，故請署在評核會上做統一解釋。

主席 蔡副署長淑鈴

理事長，請問接受翁醫師的說法嗎？

謝代表尚廷

我部分同意翁醫師，因為抽樣 1/100，應該放大 100 倍，現在卻說財務考量只放大 30 倍，那表示什麼？似乎在獎勵做不好的人，這好像跟副署長一直以來的想法不一樣。我一向認為健保署對虛浮報是零容忍，可是現在似乎在獎勵虛浮報。

醫審及藥材組 張科長如薰

現在討論的隨機抽樣放大回推與涉及違規的虛浮報不同，放大回推是針對於專業審查合理性上，會有見解之的差異。

謝代表尚廷

曾有診所被核刪一件 3 仟，放大回推 100 倍後變 30 萬，但現在若品質做不好的人從 100 倍變成罰 30 倍，這對品質做的好的人不是鼓勵。

主席 蔡副署長淑鈴

好，我們還是釐清，若大家沒有意見，則翁代表的說法就會代表大家的意見。翁代表的意思是四個部門放大回推比例及上限設定應該一致，但若各部門已經談妥，則表示尊重；但希望健保署在評核會上向評核委員說明修改之處，讓委員在看專業審查表現時，應持平看待，不應只看數據就直接比較。

吳代表明彥

我認為應該不是尊重而應該要同意，牙醫總額不應干涉其他總額，因為你們不瞭解西醫門診抽樣的複雜度及量，牙科通常是比較簡單，翁醫師的前提是審查



者像聖人一樣不會有錯，故審查後罰 100 倍沒有問題，但西醫的複雜度高，有時一罰下去整個薪水都發不出來，請牙醫不要干涉其他部門，不要只說尊重，應該要同意其他部門的做法。

**謝代表尚廷**

請教付費者林代表惠芳的看法如何？

**林代表惠芳**

若有意見應該在預告期間提出，因為已逾期限，若要修改，應該在下一次修正時提出，牙科可以自行擬訂自己的倍數就好。

**謝代表尚廷**

請問對於評核會各部門基礎不一致的看法呢？

**林代表惠芳**

以我的看法，我不會把牙科跟其他部門一起比較，因為牙科有牙科的狀況。

**謝代表尚廷**

我在這裡說明，牙醫界的意見就是剛剛主席唸的那一段，請健保署在呈現評核資料上一併呈現各部門回推比例。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好的，我們可以配合辦理。今天牙醫總額在回推方式上是適用沒有設定回推上限值，門、住診極端值案件比例調整為 14%，本報告案就洽悉，本署會依照審查辦法修正條文規定報主關機關核定後公告，公告內容也會在評核會上跟評核委員報告。

