

# 牙醫門診總額研商議事會議 107 年第 3 次會議紀錄

時間：107 年 8 月 21 日 14 時整

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：張毓芬

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)

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
石代表家璧	(請假)	張代表雍敏	(請假)
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
吳代表永隆	吳永隆	郭代表立豪	郭立豪
吳代表明彥	吳明彥	陳代表雅光	陳雅光
李代表純馥	李純馥	溫代表斯勇	溫斯勇
沈代表茂棻	沈茂棻	黃代表金舜	(請假)
杜代表裕康	(請假)	黃代表福傳	黃福傳
季代表麟揚	季麟揚	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	(請假)	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表惠芳	(請假)	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	洪志遠	謝代表武吉	尹文國(代)
徐代表邦賢	蔡東螢	簡代表志成	簡志成
翁代表德育	翁德育	羅代表界山	羅界山
張代表文龍	張文龍	蘇代表主榮	申斯靜(代)

列席單位及人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

全民健康保險會

陳思琪

中華民國牙醫師公會全聯會

陳彥廷、顏志忠、柯懿娟、

許家禎

中華民國藥師公會全聯會

洪鈺婷

台灣醫院協會

吳洵伶

中華民國醫院牙科協會	(請假)
本署臺北業務組	林照姬、楊淑娟、蔡雅安
本署北區業務組	林巽音
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	曾玫富、賴錦瑩、葉祝玫
本署違規查處室	馬炳義、郭乃文
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	(請假)
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、林蘭、 鄭智仁、邵子川

## 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：中央健康保險署

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關健保醫療資訊雲端查詢系統之「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)影像以 JPG 檔案格式上傳，請中華民國牙醫師公會全聯會(以下簡稱牙全會)與本署醫務管理組就上傳程序作業進行溝通。
- 三、有關請牙全會協助宣導牙醫診所使用行動支付，請本署醫務管理組提供相關說明資料或管道供牙全會參考。  
註：有關行動支付之說明，請參照各行動支付網站，例如：

台灣行動支付(<https://www.twmp.com.tw/>)。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案之各分區預算執行情形，請醫務管理組另行提供牙全會參考。

註：經統計 107 年第 1 季各分區預算執行情形如下：

分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
金額	0	433,555	1,094,220	1,975,001	829,548	0

\*臺北業務組所屬轄區院所符合補助資格者計 47 家，惟因以下因素，故不予補助。

- (1) 執行牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫者(9 家)。
- (2) 違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(102 年至 106 年)至當年(107 年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約 1 個月(含)以上處分者(以第 1 次處分函所載停約日為依據)(3 家)。
- (3) 本計畫實施前一年(106 年)醫事服務機構平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)(35 家)。

\*東區業務組所屬轄區院所因該區平均點值 $>1$ ，故不予補助。

## 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年第 1 季點值結算結果報告

決定：

- 一、一般服務部門點值確認如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.8832	0.8912
北區	0.9608	0.9705
中區	0.9341	0.9384
南區	0.9506	0.9568
高屏	0.9553	0.9594
東區	1.0542	1.0605
全區	0.9319	0.9325

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、各季參數表及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：中央健康保險署

案由：106 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

決定：洽悉。

#### 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙周病統合照護計畫查核專案報告

決定：

一、洽悉。

二、有關「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」108 年導入支付標準乙案，請牙全會依 108 年總額協商結果研議修正內容。

- 三、108年起牙周病統合照護計畫納入一般服務，請牙全會廣為宣導，且院所不得再就已導入範圍之醫療服務另立名目向保險對象收取自費，及刊登不當招徠廣告，本案將一併轉知衛生福利部醫事司。

## 第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數及比例分析報告

決定：

- 一、洽悉。
- 二、請各分區業務組就180天內重複執行全口牙結石(含跨院)繼續例行性監控，並適時提供各分區共同管理會議參考。
- 三、有關180天內重複執行全口牙結石(含跨院)，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準是否註明「應於病歷上記載」一節，請牙全會研議。

肆、散會：下午4時30分

伍、與會人員發言摘要詳附件。

## 與會人員發言摘要

### 報告事項第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

#### 主席

第 1 項(X 光上傳影像使用 JPG 及 DICOM 檔案格式)本署預估 9 月下旬完成 JPG 檔案格式的程式開發，西醫目前在上傳資料的分享非常多，但牙醫診所的 X 光影像上傳率為 0%，待本署程式開發完成後，後續請牙醫診所配合。

第 6 項(請牙全會先行研議全面檢視與天數有關之支付標準項目、牙結石清除半年內須再執行之專業意見)及第 7 案(宣導牙醫診所使用行動支付)，目前全聯會尚未回應，有補充意見嗎？

#### 翁代表德育

有關第 1 項 X 光影像上傳使用 JPG 檔案格式，希望完成程式開發後，可以簡單上傳。

#### 李組長純馥

本署原上傳為 DICOM 檔案格式，所以仍需要經過轉換支援 JPG 檔案格式，現在已開發程式去修改收載格式，另外，網路也有放置安裝醫療影像資料傳輸共通介面 API，有關後續細節部分會再跟資訊端討論。

#### 翁代表德育

分享我上傳失敗的經驗，因為他有要求每個欄位資料都要填寫完整才能上傳，但有很多欄位資料無法填寫，例如：上傳時間秒數。

#### 李組長純馥

其實是透過程式直接對接而自動上傳，方案是告訴你有那些欄位是必須填寫(例如：ID、拍攝日期、醫令等)，這些欄位是有定義，原則上並不需逐筆登錄。

#### 謝代表尚廷

現在上傳率為 0%，是因為沒有人會上傳，希望請資訊和牙科系統廠商研究如何操作，我們後續會再進行宣導。

#### 主席

請牙全會推派代表，和本署醫務管理組給付規劃科建立聯繫窗口。

## 翁代表德育

請劉經文代表。

## 中華民國牙醫師公會全聯會 陳醫師彥廷

目前這個在牙科的申報有限，但請廠商來改版需要修改費用，可否請健保署和廠商溝通，我們在專業上願意配合。

## 連代表新傑

我曾經詢問過系統廠商，開發程式要額外收費，這也是可以，只是我們家數少，他們就不會去做開發動作，因為西醫基層及醫院有 HIS 廠商可以協助，這部分希望署方也可以協助牙科跟 HIS 廠商溝通。

## 主席

有關上傳程序、陳醫師和連醫師的意見，請給付規劃科和劉經文醫師一併討論。

## 洪代表志遠

我們健保申報系統廠商和 X 光申報廠商是不一樣，該如何連結這才是關鍵。

## 主席

西醫目前已操作一段時間也很順利，影像都可順利上傳，且牙科 X 光片都以 PACS 系統電子檔送審，應該是沒有問題，就請併入討論。

## 許代表世明

關於第 6 項目前仍在研議，很多項目很難在支付標準表直接明訂，我們擔心會掛一漏萬，例如：很多時候牙結石清除需要在短時間重複執行，是跟個人口腔衛生習慣有關，並不是疾病導致有牙齦炎或牙結石堆積。

## 謝代表尚廷

目前仍有部分院所沒有先行使用雲端系統查詢，他看到病人有醫療需要就執行洗牙；我們也發現醫院和診所的跨院重複洗牙比率是有差異，醫院顯然是比較嚴格(覺得有醫需)；如果經雲端系統查詢後，病人在 180 天內仍有重複執行牙結石清除的需要，建議就在病歷加註敘明。

## 杜代表裕康

病人間差異性很大，要詳列表述牙結石清除半年內須再執行原因，在實務上很困難；如果記載在病歷，也很難去認定，因為牙結石很快就會堆積；我想最終還是取決於全聯會和會員溝通共識，病人踏入診所不僅是治療需要，口腔衛教也是相當重要，否則 2 個禮拜或 1 個月洗牙，仍是無法解決病人根本問題。

### **季代表麟揚**

從臨床牙醫學的角度而言，很難找到一個標準（的洗牙間隔時間）來適用全部病人，因為這個間隔的時間有時和病人的潔牙習慣或體質有關。但是，站在健保署保險行政的立場，也是需要訂定一個適合的支付標準以資遵循。我剛剛想到一個解決辦法，就是給診所/醫院牙科一個固定的百分比，在半年內可以重複執行洗牙，當牙醫師依病人的病情判斷認為有需要就可以執行，這樣對於費用管控會比較具體。另外，考慮到我們治療牙周病是否成功的關鍵還是在於病人是否能養成良好的潔牙習慣。所以也可以考慮如果因為病人本身口腔衛生習慣不佳，半年內需要重複洗牙時，就提高他部分負擔的費用，不過這個辦法執行上較為複雜，所以也是比較不可行的方法。

### **陳代表雅光**

我昨天才請我們高屏分區六個醫院的主任來溝通，包括高榮都表示不得任意查詢個案資料，必須要病人同意書；另外，有些院所只能在 1 樓的掛號體系查詢，在診間無法查詢或查詢速度很慢。

以醫院層級，有時候他們是跟著醫科 60 筆混在一起看，它們要看很久；我們會盡量去溝通，希望在執行上能給各分區醫院層級一些緩衝時間。

### **黎代表達明**

健保卡只能查最近 20 筆資料。

### **曾專門委員玫富**

雲端醫療資訊系統線上查詢，診間只要三卡認證就可以查詢，不需要簽同意書，大醫院可能有批次下載到 HIS 裡面，就要簽同意書；通常在大醫院已經讓病人簽同意書，院內 HIS 就會有資料；少部分不簽同意書的病人，三卡認證上雲端醫療資訊系統就可以查詢，這部分不需病人同意書，線上查詢的速度很快，5 秒內就可以查詢，



連西醫用藥量數筆數很多都 3-4 秒就可以查詢，這部分應該是 OK。牙科部分也有獨立查詢的頁籤，且有牙位圖形化顯示，方便醫師查詢。

### **主席**

請大家上雲端醫療資訊系統線上查詢，西醫診所都有查詢，採用同樣方法，醫院為什麼有困難？

### **陳代表雅光**

我會再跟院所溝通。

### **謝代表尚廷**

第 7 項行動支付方案，實際執行方式我們還不清楚，所以還沒有向會員宣導，是不是有對應的窗口，例如：執行 TAIWAN PAY、APPLE PAY 等。

### **主席**

去找金融機構即可，行動支付就是 TAIWAN PAY、APPLE PAY 等，也包括信用卡、金融卡等。

### **李組長純馥**

行動支付的概念為不需要攜帶現金，會和國家發展委員會聯繫看有無宣導單張可提供。

### **主席**

以上這些都列入追蹤，接下來第 2 案。

### **報告事項第二案：牙醫門診總額執行概況報告**

#### **翁代表德育**

第 26 張投影片醫療資源不足且點值低獎勵計畫已支用點數為 433 萬，執行率不高是因為我們用前一季點值，很多是 0.99 或 0.98，每點支付金額補至 1 元，所以用的很少，可否提供六分區資料。

#### **李組長純馥**

是看 433 萬分配到那些院所嗎？

#### **翁代表德育**

各分區的資料。

**主席**

會後補各分區資料給牙全會，還有其他意見嗎？沒有，那就下一案。

**報告事項第三案：107年第1季牙醫門診總額點值結算報告**

**主席**

有關第1季點值預算有意見嗎？沒有，那就確認，下一案。

**報告事項第四案：106年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告**

**主席**

桌上所附的品保款核發單張也請一併說明。

**劉專門委員林義**

會議資料為整體性的統計，桌上所附單張為每一個指標的達成情形，請各位代表參考。

**主席**

部分指標的符合家數已接近百分之百，可以研議抽換指標以增加鑑別度。目前沒有領到的比率是18.5%，大家對核發結果資料有意見嗎？

**蔣代表維凡**

可否增加合格家數的百分比，以利各分區進行輔導，也讓各醫療院所有努力的方向。

**主席**

可否現在就進行分析提供給代表參考？

**李組長純馥**

好，可以。

**主席**

好，就分析整理後於會後提供代表參考；106年品保款的核發結果通過。

**報告事項第五案：牙周病統合照護計畫查核專案報告**

**主席**

全聯會有沒有意見？

## 中華民國牙醫師公會全聯會 陳醫師彥廷

目前計畫裡是有合理收案人數的，一般醫師每月收案是 20 件，專科醫師也有規範；至於一、二階同日執行的條件，這部分與病人病情輕重有關，需要再討論觀察；至於定期追蹤被收案對象治療情形，會內是有進行檔案分析及輔導；院所退場機制目前亦有規劃。

### 主席

理事長還有沒有要補充的？

### 謝代表尚廷

進行牙周統合治療我們有 SOP，我們會加強對病人的宣導，全聯會朝向製作大的單張，請院所張貼對病人多宣導，這是我們可以再加強的。

### 主席

謝謝。牙周病統合照護分成三階段，很多病人是分不清楚，這部分醫師在醫病溝通時有做說明嗎？

### 謝代表尚廷

有，醫師在開始治療時都會有手冊做說明。

### 主席

如果治療開始都有向病人說明，那保險人詢問病人是否有做相關治療，病人表示沒有，是否表示可信度高？在第 4 張投影片的虛報類型一：被保險人自始完全未接受牙統治療，卻有申報費用，虛報類型二：未接受齒齦下括除或牙根整平治療，卻向本署申報費用，這二者看來就有異常，因為病人覺得沒有，所以是否為醫病溝通有誤差？牙統在明年將導入一般服務，所以在納入支付標準前，若還有需要修改的部分，應該一併修正處理。

### 李組長純馥

現在臨床上有病人因疼痛無法完成治療，但有申報二階，這在導入支付標準之前，全聯會可否提供我們意見，要如何克服此問題。此外，如果需要麻醉，是否應該包裹進來，還是要另外申報麻醉費，但我們也有發現申報了麻醉卻又沒有執行麻醉，也有醫師反應牙統太複雜，且因查處扣罰而停約本方案，院所就收自費做；以上這些反應，是否在支付設計上，產生了什麼問題，請全聯會提供意見給

我們參考。

### **吳代表永隆**

目前臨床上確實有病人在牙根括除時因疼痛無法完成療程，目前牙統照護計畫是採統包，所以醫師應該4個象限完成後才能申報費用，醫審室有在研擬是否把P2拆成像窩溝封填一樣，分成ABCD四個部分，如何把P2的四個象限與P3的28天連結，另外麻醉及X光片是否內含，這個麻醉費從以前每支15元漲到現在每支50幾，是做一支虧一支，有病人比較敏感還要打到4支，這都是在賠錢做治療，但如果未來牙統在支付標準點數上能成長，牙統內含麻醉我們樂觀其成。醫令細節我們會再研議。

### **謝代表尚廷**

細節我們會再研議。

### **主席**

大家還有意見嗎?108年協商完成後，牙周病統合照護計畫就要納入一般服務項目，且99年到現在已投入許多經費，剛剛提到醫師要收自費的情形，導入一般服務後就不應該再發生。此外有一些診所對牙周病治療做了許多廣告，但從明年開始，牙周病治療已納入健保，這些廣告就應該改善，不應該再收自費。此外，我們也會轉知負責廣告的主管機關如衛福部及衛生局注意此情況，請全聯會也要對會員做宣導溝通並改善。

### **謝代表尚廷**

會加強宣導。

### **主席**

請讓會員徹底瞭解。

### **沈代表茂荼**

雖然導入一般服務，但做牙統治療的醫師還是要上牙周講習，否則不能做。此外，現在如果不能收自費，那沒有申請跨表的基層院所，如果病人不想被轉診去比較遠的醫院，一定要在診所做，就會有問題，是否應該考量這種情形該如何處理？

### **主席**

請問全聯會牙周病統合照護計畫推動這麼久，有多少比例的醫生可以做牙周病治療？

**謝代表尚廷**

我們有加強宣導醫師要上過牙統講習才能做，目前有 40%左右的醫師可以做。

**主席**

還有 60%的醫師尚未取得資格。

**謝代表尚廷**

我們一直有在做宣導。

**主席**

會不會有沈醫師所說的，不符支付標準規定的就不報健保，改收自費。

**沈代表茂荼**

基本上我們都希望轉診出去，這種治療相當繁複，但若有病人不願意轉出去時，要如何處理？

**主席**

這樣要如何導入支付標準呢？一個普及的治療沒有足夠的醫師可以做，那要請全聯會研議如何達到目的。

**謝代表尚廷**

這二年我們一直有在做宣導，也有對民眾做宣導，有 9,000 多位醫師接受過訓練，但只有 4,000 多位醫師有在執行，這 3-4 年案件的成長率在 20%，我們盡力了，但還是有 60%的醫師未執行。

**主席**

既然要導入一般，這應該回歸專業，是否勿讓行政程序阻檔專業的發揮；此外，有受過訓練的醫師不願意做的理由是什麼？既然推行這麼多年且已納入支付標準，應該為普遍性可提供的服務。

**中華民國牙醫師公會全聯會 陳醫師彥廷**

我看過資料，有相當高比例的牙醫師不看兒童牙科，不拔複雜性智齒，但這樣的比例並不會讓病人找不到地方就醫，如果因為這樣造

成要收自費或什麼狀況，就按照目前的規定辦理。我不認為人數上有欠缺，每年 PGY 的學員至少有 400 位會加入，每個 PGY 要畢業的人都一定要會做，我想應不用擔心，未來會更好。

**主席**

可是剛剛的舉例，並不是說一般醫師不會看兒童牙科。

**中華民國牙醫師公會全聯會 陳醫師彥廷**

是啊，所以實務上很多醫師會轉診。

**主席**

那一定是比較特別的才會轉給兒童牙醫。

**翁代表德育**

其實品質保證保留款就看得出來這個比例，指標 2C「院所乳牙填補顆數達 60 顆」，院所比例只有 60 幾%，如果看根管治療的難症比例可能更低，這部分我呼應陳彥廷醫師的意見。牙周病統合照護計畫已經實行多年，再去收自費實在說不過去。另外，為什麼執行院所沒有到 100%，因為牙醫師有積極的、也有不積極的，我舉個例子，有次去分會宣導牙周病統合照護計畫，我們也知道大部分醫師都具備應有的能力，但當場我被分會幹部噲說他每天都很忙、很累，為什麼要做？另一個幹部噲我，你有什麼資格叫我做牙周病統合照護計畫？我想想，確實我沒資格，我只是去宣導，我覺得牙醫師百百種，好的我們要維護，不好的我們也已經給了很多機會，不想做的，在導入一般之後，也是會有要求的，導入一般，我們更怕不會做的進來，那更慘！所以有時候也要有防弊措施。

**簡代表志成**

如果這個醫師沒有資格做牙統，他還是可以做一般的牙周治療，所以不會讓患者到現場等不到任何治療，只是這個醫師要不要再做進階的牙統，就像是身心障礙病患醫療，任何時候都可以去，只是這個醫師要不要去做，如果要就勢必要去進修，去符合這個設備條件與資格，而不是導入一般之後，每個醫師都要會做牙統。

**主席**

其實牙統就是把一些之前就有的治療包裹起來，再加上一些評估費用，不過我想剛剛理事長也有講要做一個單張，但是單張發下去，

大家就會把它當成是標準，所以要好好思考如何讓民眾知道牙周病的治療，因為看起來有些醫師支持牙周統合計畫，有些醫師認為用傳統的治療方式，也是可以治療牙周病，會有落差。

### 黎代表達明

我本身是牙周病專科醫師，也是牙周病專科醫學會的顧問，大家剛剛講了很多關於牙周病照護的部分，學會裡已經是做了很長時間的大力推動，目前有參與學會的醫院基本上全部都參與了，如果看這張新的表格，可以看到醫院的比例是比開業診所高出很多，表示醫院是非常認真的，專科醫師的投入也是非常清楚、確定的，但是不是所有牙科醫師都投入？說實在的，牙周病治療是很漫長的，是否每個醫師都願意漫長的照顧一個病人？我想不是每個醫師都這麼有耐心，一定會有一部分醫師、醫院不願意參與，還是會有限制。洗牙的部分，醫院的重覆治療是因為病人需要，比例才會這麼高，我們無法去歸責病人或是醫師的問題，假設署裡面希望比例降低，其實每個分區都有一個比例，那可以做為一個參考值，也可以做為一個不給付條件，這是可以考慮，但是標準在不同等級、不同地區是不一樣，這是我的意見。

另外，品保款第7項口腔檢查部分，為什麼醫院只有66.5%，應該是都被歸類到醫科申報，沒有獨立出來，很多醫院都是放到醫院總額申報。

### 主席

口腔黏膜檢查不是只有牙醫執行，例如耳鼻喉科等其他醫科也可以申報，但這邊應該只有呈現牙科部份。

好，這個討論案到這邊，違反合約規定依規定處分，後續處理也都會持續進行，請全聯會加強宣導，如果有因錯誤認知而虛報的情形，就請向本署申請繳回，以免後續又被查到，只能用特約管理辦法來處理。另外，協商完之後，就會著手將本項目導入一般服務，請全聯會在導入前再協助審視計畫內容有沒有要修正的地方。第三點是希望明年牙周病統合照護計畫導入一般之後，自費不再發生，本署也會行文衛生局，讓他們知道那些項目是健保給付，也讓他們去檢視有沒有廣告與事實不符的情形。最後，麻煩全聯會協助宣導會員，明年起不可再用任何理由讓牙周病變成自費項目，假設醫師沒有受過訓練，不要執行這個項目也可以把病患轉診，另也有其他碼可以

申報，應該可以滿足病患需要，不能有落入自費的情形，這樣就會有特約及管理辦法中自立名目收費的疑慮。好，大家還有沒有問題？沒有問題，接下來是第六案。

## 報告事項第 6 案：180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數及比例分析報告

### 曾專門委員致富

我要強調的是目前健保雲端醫療系統已經有牙科處置的頁籤，收載每個病人最近兩年的牙科處置記錄，而且是每天由健保卡上傳資料更新，也有圖形化顯示，例如恆牙、乳牙的牙位，會去 mapping 那個牙位有做根管治療，那個牙位就會秀出黃色陰影，方便牙醫師查詢，而且這些資訊是病人跨院執行的，所以希望牙醫師們踴躍使用，在每次牙結石清除前先查一下，就可以避免跨院所重複執行的情形。目前有查詢雲端醫療系統的牙醫院所家數比例是 86%，照往例推估到年底會達到約 9 成，就診病人數中有去查詢雲端醫療系統約 58%，假設查詢後發現半年內有執行過牙結石清除，就請再考慮是否有需要。

剛剛代表提到族繁不及備載，可以增列幾項臨床上很常見需要加洗的情形，如果還有病人因素或其他情形，可以加列一個其他項，例如「其他醫師認為病人臨床需要增洗」的情形，然後實務上可以比照訂定重複用藥虛擬醫令代碼方式，增訂需加洗原因的虛擬醫令代碼，有加洗時再多申報這個代碼來例外處理，後續也可以檢視有沒有案件大量 shift 到這個類別，就可以再執行專審檢視其需要。所以前端是查詢雲端醫療系統減少重複，如果真的有臨床需要就是要修訂支付標準。

### 主席

38 萬件差不多是 2.2 億，之前有做同院檢核，跨院沒有做檢核，過去原因是醫師不知情，現在有雲端醫療系統，可以知道病患就醫情形，這個理由就不存在。但是，有什麼理由需要多做，如果是個人潔牙習慣不好，需要用到全民的保費來幫他潔牙，這絕對不是專業理由，應回歸半年洗一次的規則，這才公平合理。如果有專業理由，不可抗力的病情就一定要給付，再請全聯會提供這方面資訊。



## 曾專門委員致富

補充說明，106 年全年同院核扣 180 天重複執行的案件只有 543 件，顯示其他案件都是跨院。

### 主席

38 萬件主要都是跨院，比例雖然有遞減，但不明顯。大家還有沒有其他意見？

### 蔣代表維凡

針對跨院全口洗牙，署方是以用藥或檢驗檢查的思維來看待重複洗牙這件事，事實上全口洗牙是一項治療，且事關乎牙科治療成功率很重要的一項治療，這是第一步，我舉個例子，如果大家有腸胃道手術的經驗，術前要灌腸，今天如果病患已經在 A 醫院做過一項小手術，半年內又到 B 醫院做一項腸胃道小手術，又必須要灌腸，結果署方說半年內已經灌腸過一次，不能再給付，那醫院要怎麼辦？這次灌腸就只能請病人自費或自行吸收。在牙科方面，牙周健康的部分，洗牙是很重要的第一步，這個要叫病人自費也不合理，醫師的立場會覺得要做完整的治療，又不能打折扣。醫院專科醫師比較多，眼睛打開就用顯微鏡在看事情，只要有一點點有風險的地方，就會想辦法要根除，才再做後續治療。所以我希望署方不要以用藥或檢驗檢查的思維來看待重複洗牙這件事，應該要以整體照護中重要的第一步來看，我想有署方有一定的目標當然要前進，若是希望達到 100%都沒有跨院所半年重複洗牙情形，大概只能依賴個人健康管理，也就是半年額度就只能提供一次，就算半年內醫師認為有需要，那就也只能增加民眾部分負擔或完全自費才有可能達成，這是我的意見，以上。

### 主席

剛剛專委有補充同院核扣只有 500 多件，蔣醫師說的是醫療需要，所以跨院才會有這個重複洗牙的需要，同院醫療上需要是沒有的？

### 謝代表尚廷

同院半年內重複洗牙比較像保固 180 天的概念。

### 主席

跨院治療難道不需要保固嗎？

## 謝代表尚廷

跨院洗牙的責任比較難歸屬。以買手機為例，蘋果經銷商應該不會提供三星手機保固；概念上有點類似。

## 主席

我覺得任何情況都會有例外，希望可以把例外的情形作釐清；剛剛提到其他治療前全口洗牙算例外以外，還是全聯會認定跨院洗牙的38萬件都屬於醫療需要的例外？

## 洪代表志遠

我們有IC卡，為何不在IC卡上寫入資料作管控呢？例如今年2次洗牙機會，已經在那一天洗過牙用掉一次了，類似這方面的資訊。

## 主席

雲端醫療資訊系統已經有相關資訊。IC卡上放的是最近6次不分總額別的就醫紀錄。

## 洪代表志遠

雲端藥歷還要特別登錄進去查，IC卡資料直接就可以看到相對方便。IC卡一定還有備用的存放空間可以釋出。

## 主席

雲端醫療資訊系統不會有空間限制，現在查詢時等候資料處理時間也在幾秒以內了，使用過的醫師都覺得很方便。

## 陳代表雅光

舉例說明，吃檳榔算是醫療需求嗎？有吃檳榔習慣的人，3個月就卡很多牙結石了；當然署裡有支付標準的堅持，但是開放到吃檳榔者每3個月洗一次牙，署裡同意嗎？沒辦法開放就只能走自費。

## 杜代表裕康

我以前也是牙周專科醫師，從資料看起來其實有逐年下降趨勢，將來真的要避免這種情形，既然雲端藥歷都有資料，健保署要抓重複核扣也很容易；現在有病人半年內在其他院所洗過牙，現在又有洗牙需求，主要的原因有兩個：其一是病人的口腔衛生很差，需要反覆的衛教；這個在牙周病防治上可能是最困難的環節，習慣這種東西有時就是教不來，這個真的很難解；也許可以訂一個重複申報的例外狀況

規定，最好可以侷限牙科專科醫師資格或是醫院資格等，全面開放恐怕不宜；如果現在趨勢已經下降，加上全聯會又再宣導了，是不是可以再觀察一陣子，看趨勢再來的走向，是否可以到彼此可以接受的程度。

### **連代表新傑**

我上次有講過類似的話，評核會上也有說明過，5%的重複洗牙率是合理現象；當時大概是依據 103 年的申報資料，大家現在把重複洗牙當作預防保健，才會用重複執行的概念去看；其實重複洗牙跟預防保健無關，我們看到的是病人治療的情況。如果視為預防保健的一部分，健保署也可以逕行宣導因財務考量，每人每年僅有 2 次洗牙機會，超過次數洗牙，健保卡即鎖卡不再給付，但是我們看到的是病人確有醫療需求，因個人因素、糖尿病、不良生活習慣等狀況半年內又有牙周發炎，健保署希望醫師洗牙不申報還是裝作沒看到，維持指標數據完美卻違反醫療道德？洗牙是治療項目，跟塗氟概念不一樣，既然個人衛生真會影響到醫療情形，是否不良生活習慣造成的醫療狀況不給付？目前重複洗牙率已下降為 3.8%，也可能是牙周病宣導有成效，希望數據解讀，可以回歸到專業，而不是從後端檔案分析後，擅自臆測。

### **曾專門委員玫富**

回應全聯會意見，我們不是用重複用藥或檢查檢驗來思考全口牙結石清除重複率，而是提醒行政管理技術上或可參考，因為目前的支付標準寫得很簡明清楚，不管是全聯會或健保署都要遵循，所以勢必要作些修正來符合牙科臨床需求或病人需要，這才是主要癥結點；調整的方式不見得是天數修正，也可以用增加適應症或是臨床判定等內容來做修正，臨床管理上變成專業間的對話，行政面的管理細節如上註記等都可以作處理，以上建議提供參考。

### **簡代表志成**

把這件事拿出來查，是因為支付標準裡有明訂 180 天的規定，把這個字眼拿掉是不是就沒事了？還是需要再釐清那些狀況是真正需要洗牙的？如果照曾專委說明，是不是把 180 天的關鍵字拿掉就沒事了？

**中華民國牙醫師公會全聯會 陳醫師彥廷**

支付標準表上很多用字上是針對單一特約院所而設，也有很多時間的限制，如果依這個概念解釋下去，牙科支付標準表恐怕要大修才行。但是我們也希望支付標準表不應該依解釋不同就適用不同的標準，剛剛討論明確定義 180 天內再次洗牙的各種特殊需求，我們也提出沒辦法作出清楚界定；但是可以減少這類案件，例如大家所提的吃檳榔、糖尿病、輕度智障、巴金森氏症等，但是專業上真的做不到，只能用病情判斷；如果是可以避免的部分，我們也許可以宣導會員在做處置前先去看一下病人的用藥跟之前做過的處置，同時確保病人的安全，這個理念很好；只能說透過適當的宣導，未來可以看到趨勢繼續往下掉，這樣就可以了；希望不要為了這件事情勞師動眾，得不償失。

另外就我長期在研商議事會議與健保會的經驗，大家都誤以為全口牙結石清除是一種預防保健，其實真的不是。依世界衛生組織對牙周病病情與建議治療項目，輕度的牙齦炎是用全口牙結石清除跟口腔衛生指導來做病情控制，但是有牙周炎未來一定需要支持性治療，希望以後能正名全口牙結石清除絕不屬於預防保健，它是一種處置。例如糖尿病患者血糖控制下來後，以後的用藥難道就叫作預防保健嗎？真的不是這樣的。這邊真的希望可以給我們一個彈性空間：間隔天數短又做全口牙結石清除的狀況，可以在處置時寫清楚就醫時的狀況，可以用立意抽審的狀況，必要時作溝通，不要為了一些例外情形，弄得雞飛狗跳。

### 謝代表尚廷

完全同意陳彥廷醫師所述；數據呈現的重複洗牙 38 萬件(2 點多億)如果直接規定不可以作，牙醫點值還會再成長；我們也不希望重複洗牙來占用其他費用，其實現在數據降低也反映了分區對他家重複洗牙率的管控；多呈現在醫院層級(10%)也只是反映醫院收治較多的牙科難症病人，與陳彥廷醫師所說的醫療需求一致。我覺得診所的 3.8% 可能低估了，診所被全聯會約談後就不敢申報，醫院上班的牙醫師比較不怕被約談，反而是這樣。

### 黎代表達明

醫院是反映病人需要。

### 謝代表尚廷

診所的病人也有需求，我相信很多診所醫師看到數據後就沒有申報了；到底百分比訂在多少才符合不同疾病之醫療需求，我們真的不知道；不過加強查核一定可以抑制相當程度的虛報，剩下真正醫療需求；這些真正的醫療需求從牙醫總額內吸收，對民眾來說也是好的。

### **主席**

謝謝大家充分意見表達，支持一定比率的半年內重複洗牙是真正醫療需求，也贊同要在病歷上好好敘明清楚，必要時由專業判定是否合理。這些都是衍生的配套，我們也會持續關注這項指標；大家的討論也助於澄清事實；如果以後審查發現違反醫界共識的理由，也麻煩全聯會協助把關。也沒有理事長講的那麼委屈，一切都要犧牲點值；還是希望談完後能夠有些共識，謝謝醫審及藥材組的提出問題及資料分析，雖然支付標準寫明 180 天，也不能僅限於同院所的概念。現在的印象是同院重複洗牙是保固，跨院就不是保固，這個概念不容易理解；同院 180 天內執行重複洗牙率現在很少，以後可能會變多；未來我們會在適當時機把支付標準 91004C 加上備註，半年內確有重複執行洗牙需求時需要在病歷上註明清楚。

### **洪代表志遠**

可以用專業判斷的字眼嗎？病歷要寫清楚的部分。

### **主席**

放在審查注意事項中呈現可以嗎？

### **翁代表德育**

主席是好意，但是寫清楚後跨院所重複洗牙率一定會馬上成長。同院所重複洗牙已經寫入電腦核減了，我擔心跨院所部分。

### **主席**

同院所重複洗牙如果是反映病情需求，這樣應該可以吧？其實以病人為中心的觀點來看，不分同院跟跨院；如果同院屬保固，跨院是反映醫療需求，這樣邏輯上有點問題。

### **中華民國牙醫師公會全聯會 陳醫師彥廷**

過去 20 多年來同儕制約建立的概念是同院所 180 天內重複洗牙不申報，才會有現在的行政核扣；如果要開放這件事情，可能會有不同的發展；希望不要變動太多；全聯會鼓勵院所上去查雲端藥歷，如果有

跨院所 180 天內重複執行的狀況，病歷上就要交代清楚。同院所我們就自行吸收。

### 主席

從病人的觀點來看，如果我真的有需求 180 天內洗 2 次牙，需要一直跨院所才能得到服務嗎？

### 中華民國牙醫師公會全聯會 陳醫師彥廷

跨院所執行洗牙要註明理由，同院所自行吸收。

### 主席

如果病人真的有種種疾病衍生的洗牙需求，健保署同意在總額內給付，38 萬件也許合理比例也不高；但是如果從病人端，醫師可以說因為 180 天內我不能幫你洗兩次牙，請你另外找院所，這樣真的好嗎？是不是跨院所跟同院重複洗牙理由相當比較合理？

### 謝代表尚廷

部分病人的蛀牙面很廣，超過可填補的程度，醫生專業建議是作牙套，可是很多病人會堅持補看看，即使我們知道他 2 年內一定會掉，還是會幫他補，這個叫保固。同院醫師都理解碰到半年內真的有需求洗牙的病人都會幫忙，跨院醫師還要幫忙保固實質上真的有困難。

### 主席

剛剛沈代表有舉例到吃檳榔容易有牙結石或口腔清潔差的狀況，需要多洗怎麼辦？

### 沈代表茂棻

大家可以看一下重複洗牙率的分區排名：南區、高屏、東區是偏高的區域，跟口腔癌分布比率很接近；現在觀念上好像責任全部都在於醫師，其實病人也要負擔他自己的責任；今天最簡單的方式是跨院的狀況下一定比例我們可以接受，超過部分請病人自費；自己照顧不好身體當然要自費。如果規則寫死了就等於為自費開道。例如台大醫院有病人在外面補牙掉了，醫師說沒辦法再申報，醫師跟病人打到分區業務組，得到的回覆卻完全不一樣；不能因為健保局怕病人就把責任歸到醫師身上，醫師更沒有權限把病人叫回來。如果要我們負擔別人的風險，我們當然不會接受。

### 謝代表尚廷

我覺得(半年內重複洗牙)這數字其實有下降，我們再做努力，因為每年都有下降，有信心讓數字再下降。現在如果做改變，衍生的問題會更多，病患確實有重複洗牙的需求，我們將需求降低，包含可能虛報、浮報的因素降低，但病患真正有需求，我覺得還是讓它存在，我的意見不要做太多改變。

#### **許代表世明**

這部分建議是依現行體制走，針對 38 萬件可能有疑似浮濫，委員會已經在做檔案分析，一定會處理浮濫的部分。對於調整支付標準表部分，我們認為不宜，更動後產生的問題比要解決的問題更多。

#### **主席**

暫時不修支付標準表，但病歷上要寫明，這件事要執行嗎？

#### **許代表世明**

敘明在病歷上對專業審查是否有幫助？這部分會再研議，宣導部分會一併進行。

#### **主席**

雖然是報告案，也進行討論的過程。大家也有一定共識，請問醫審及藥材組，這指標是否有做例行監控？

#### **曾專門委員玫富**

除 REA 外，某些分區有做輔導管理，實務上可以請分區提供更妥適的管理經驗。

#### **主席**

請分區表示意見。

#### **台北業務組 林科長照姬**

同院所的洗牙有定期監測，跨院是鼓勵院所查詢雲端藥歷系統，都有做輔導。

#### **台北業務組 楊視察淑娟**

補充說明，針對跨院所洗牙，目前採以年度方式監控，擷取資料管控時間也較醫審及藥材組從 103 年監控時間還早，分析資料提供分會加強輔導及協談，並落實院所宣導健保醫療資訊雲端系統牙科處置及手術頁籤，避免重複執行處置，以維護保險對象就醫安全。

**主席**

臺北特別低、中區低，其餘分區都高。大家都有難處，這項指標先留著，許主委說帶回研議是否要在病歷上說明。有無臨時動議？

**黎代表達明**

不是臨時動議，請署方會議資料以 PDF 檔案寄送，手機不能開啟 TIFF 檔。另外今天有更新的會議資料，請再寄給我們。

**主席**

以後寄送代表的會議資料是 PDF 檔，沒有其他意見，會議就開到這裡，謝謝大家。