

牙醫門診總額研商議事會議 107 年第 1 次臨時會議紀錄

時間：107 年 12 月 4 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：張毓芬

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	黃立賢(代)	許代表世明	許世明
朱代表日僑	朱日僑	連代表新傑	連新傑
何代表正義	何正義	郭代表立豪	郭立豪
吳代表永隆	吳永隆	陳代表少卿	陳少卿
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	黃金舜
杜代表裕康	杜裕康	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	(請假)
林代表惠芳	滕西華(代)	黎代表達明	黎達明
林代表靜梅	(請假)	謝代表尚廷	謝尚廷
洪代表志遠	(請假)	謝代表武吉	謝武吉
徐代表邦賢	徐邦賢	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	(請假)

列席單位及人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

全民健康保險會

陳燕鈴、陳思琪

中華民國牙醫師公會全聯會

柯懿娟、邵格蘊、施弈含

中華民國藥師公會全聯會

洪鈺婷

台灣醫院協會

(請假)

中華民國醫院牙科協會

(請假)

本署臺北業務組	王文君、李幸諭
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	洪穰吟
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	詹淑存
本署違規查處室	(請假)
本署資訊組	(請假)
本署企劃組	(請假)
本署醫務管理組	劉玉娟、劉林義、林淑範、 洪于淇、韓佩軒、李佩純

壹、主席致詞(略)

貳、討論事項

第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：「108年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修訂案，提請討論。

決議：

一、修正通過「108年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，修正重點如下：

(一) 執業計畫：本計畫施行地區新增「南投縣集集鎮(1級)」並刪除「台東縣卑南鄉」。

(二) 巡迴計畫

1. 服務量管控「每月平均每診次就醫人次」乙項，原以院所別管控成立滿二年之社區醫療站連續三個月低於2人部分，調整為以醫師別管控成立滿二年之社區醫療站及巡迴點連續三個月低於3人部分。

2. 繼續試辦品質獎勵費用：

(1) 巡迴點：

①獎勵指標：原病人牙齒填補 2 年保存率 $\geq 90\%$ 乙項，修正為病人恆牙填補 2 年保存率 $\geq 95\%$ ，並新增「病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 $\geq 89\%$ 」指標。

②評估試辦指標：108 年設置固定式診療椅數量 ≥ 107 年數值，108 年總服務天數及總服務人次 ≥ 106 年數值，並新增「108 年總服務人數 ≥ 107 年數值」指標。

(2)社區醫療站：

①獎勵指標：原病人牙齒填補 2 年保存率 $\geq 90\%$ 乙項，修正為病人恆牙填補 2 年保存率 $\geq 95\%$ ，並新增「病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 $\geq 89\%$ 」指標。

②評估試辦指標：X 光機設置占率修正為 95%，108 年總服務天數及總服務人次 ≥ 106 年數值，並新增「108 年總服務人數 ≥ 107 年數值」指標。

3. 口腔衛生推廣服務每月論次支付點數申報至多 3 小時部分，由以院所別計算放寬為以醫師別計算。
4. 院所於「核實申報」資格巡迴點提供巡迴服務，亦須至健保資訊服務網系統(VPN)登錄巡迴醫療服務明細及檢送相關表單；另請健保署於 VPN 新增固定式治療椅欄位，並勾稽設置日期。
5. 本計畫施行地區新增「台南市山上區(1 級)」、「花蓮縣鳳林鎮(2 級)」、「台東縣關山鎮(電光里、月眉里、德高里)(1 級)」、「台東縣成功鎮(信義里、忠孝里)(1 級)」。

一、自 108 年起，本方案巡迴點及社區醫療站感控部分，請牙全會列入牙醫門診加強感染管制實施方案之必要抽查對象。

第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：新增「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」(草案)

決議：

- 一、同意牙全會建議，以「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」取代原「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計畫」，經費由「一般服務」項下移撥 8,000 萬元支應。
- 二、本計畫之內容及重要性，請全聯會針對符合本計畫醫療院所之醫師及新開業醫師，加強宣導。

第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「108 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」。

決議：

- 一、申報資料及相關單位提供指標資料時點，明訂為受理日於次年 1 月底前，以利結算時效。
- 二、同意原政策獎勵指標(四)每月完成門診時間網路登錄及指標(五)週日或國定假日有提供牙醫醫療服務，合併修正為「每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」，核算基礎 3%；另原週日或國定假日有提供牙醫醫療服務之定義，由 VPN 登錄日 ≥ 1 天，修正為申報健保醫療費用 ≥ 1 件。
- 三、同意修正特殊醫療服務計畫指標，修正如下：
 - (一)適用層級別為醫院及基層：達標申報件數由 2 件下修為 1 件。
 - (二)增列基層院所指標：「該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」達標申報件數為 10 件(含)以上」，核算基礎為 2%。
- 四、同意新增加計獎勵指標，共計 2 項：
 - (一)行動支付獎勵指標，凡基層院所於當年 12 月底前向所轄分區業務組提出至少 1 筆保險對象使用行動支付證明，加計 5%。

(二)無障礙就醫環境：核算基礎為 5%，惟「無障礙環境」將依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及牙全會雙方確認後生效。

五、牙全會建議「無障礙就醫環境」指標，不列入評核，將轉健保會參考。

六、本案將報衛生福利部核定後辦理後續公告事宜。

參、臨時動議

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 108 年度牙醫門診總額地區分配預算，請討論案。

決議：

同意牙全會所提 108 年度牙醫門診總額地區分配預算案，如下：

一、自 108 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 28.722 億元，用於下列 5 個項目：

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。

(二)「牙醫特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。

(三)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。

(四)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.1 億元，高屏 0.05 億元，合計經費 0.15 億元)。

(五)「牙周病統合治療實施方案(即原專款牙周病統合照護計畫)」(經費 25.272 億元)：六分區預算按 107 年 1-6 月六分區「牙周病統合性治療第二階段支付 P4002C」之申報件數占率分配。

二、各項移撥經費全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依 106 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

肆、散會：17 時 30 分

伍、與會人員發言摘要詳附件。

與會人員發言摘要

討論事項第四案：修訂「108 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」

主席

請翻開第 309 頁，延續上次討論的部分，請醫管組說明。

李佩純科員

第 309 頁，第 4 次會議討論到成立滿兩年之社區醫療站，由原本每月平均每診次就醫人次連續三個月低於 2 人者，提出一些相關的改善。健保署建議修正為，社區醫療站及巡迴點，每位醫師每月平均每診次就醫人次連續兩個月低於 4 人者，應提出相關說明。依據 107 年 1 到 9 月申報資料計算，每位醫師「每月平均每診就醫人次」平均值為 7.3 人次，第 10 百分位數為 2 人，第 30 百分位數為 4 人，第 50 百分位數為 6 人，所以建議管控從 2 人提升調整為 4 人。

主席

包括巡迴點及社區醫療站，第 30 百分位數是 4 人，所以 70% 的人會超過 4 人，是不是做這樣的修正？

翁德育代表

如果只看 70% 有超過這個數據，相對而言就有 30% 達不到。其實醫界都面臨一個最大的難題，就是大家都把人次不足、利用不足，全部歸責於醫師，這是不公平的。假如大家都是用這種概念去看，將來醫缺就只會做有效率的地方，沒有效率的地方應該就沒人會去。要檢討的東西很多，不一定是醫師，如果覺得說我們就醫人次連續兩個月低於 2 人，這個標準太低了，我希望能夠把低於 4 人，修正為 3 人，不要直接提高一倍，其實對醫師而言，會影響他去的意願，到最後這個點會慢慢萎縮，甚至於結束。

主席

好，其他大家有沒有意見？

何正義代表

分享我在達仁鄉新化村看診經驗，曾經一個早上只看一個塗氟的小朋友，阿嬤說他看到有牙醫師來就很高興了，因為要從新化村到山下大武鄉，坐公車就要 2、30 分鐘，更何況是走路。雖然我有時候覺得很閒，但我覺得我去那邊是有它的意義。花東確實有很多的狀況不像都會區，要求醫師看診人數或者做多少的牙科行為，對我們花東有點飄渺。如果從 2 人調高到 4 人，從數據來說他很合理，但對我們花東而言只是一個 data 而已，我覺得有點辛苦，所以我對這點有不同的看法。

張文龍代表

確實誠如剛剛翁醫師跟何醫師所講的，花東地區的確是需要更多照顧，我曾

經去過台東豐樂工業區，遇到一個年長的婆婆，他為了到醫院看病，凌晨 4 點就從家裡開始下山搭車，因為公車班次 1 天只有 2-3 班。我是支持在人數上可以適度增加的，但增加一倍確實對花東地區有困難，尤其台東更是更難，因為它的幅員真的很狹長。

陳雅光代表

以高屏區的澎湖為例，七美、望安或是其他小島，確實有季節性的一個變化，冬天在島內的人比較多，但夏天大都外出。如果以整年度來看他的需求或許還可以，但以季來看，它的冬天跟夏天是差很多的，用平均一個診次怕會有不均。我們不反對這個區塊要檢討，也會拜託衛生所的主任多幫我們宣導，但這樣強硬的規定，如果達不到就必須要徹查或者怎樣，對那邊的環境我覺得更不利。

沈茂蔭代表

代表南區發言，目前南區在嘉義縣現在剩下一個醫療站，就是東石，現在也是勉強在支撐，雲林縣的口湖很早就變成巡迴點。人的問題的確不能歸咎於醫師，還包括交通、農忙以及季節性問題，我們已經想盡各種辦法了。在醫療資源的管理方面，我希望在冷冰冰數字之外，同時考慮到人性的這一塊，請不要再用一個統計數字，然後很簡單地把責任釐清，可能事實上沒有這麼簡單，我希望在這方面多給一些考量，不要以人數、季或是一個短時間來看。

主席

好，謝謝，剛剛有人建議說不要由 2 人調整為 4 人，就依翁醫師建議，條文調整為連續 2 個月低於 3 人者要提出書面說明，這樣可以嗎？

黃福傳代表

建議改成以季為單位。

主席

連續 3 個月低於 3 人是這樣嗎？好。

徐邦賢代表

請問主席，如果說比如遇到重大天災，還是只要提出書面說明嗎？

主席

要提出書面說明。好，就調整為連續 3 個月低於 3 人，如果未達到要提書面說明，這樣可以嗎？可以，接下來下一個。

李佩純科員

第 310 頁，(3)巡迴計畫之品質獎勵費用，這是 107 年度新增項目，在 108 年度草案，牙醫全聯會的意見是建議繼續維持這項品質獎勵費用，健保署是建議先行取消這個獎勵項目，因為本項獎勵費用在 107 年為試辦一年的性質，我們有設定一些評估指標，以巡迴點來講的話，包括：設置固定診療椅、巡迴點服務天數及人次要比 106 年成長。

這個部分根據牙醫全聯會提供的巡迴點資料，有設置固定治療椅的巡迴點的數量跟比率都有增加，有設置固定治療椅從 403 個增加為 439 個巡迴點，比率從 49.5% 增加為 53.9%。服務總天數跟服務總人次的部分，根據 107 年 1 到 9 月和去年 106 年同期比較，服務總天數有增加 29 天，成長率是 0.65%，總服務人次增加 713 人次，成長率是 1.34%。

推估 107 年 1 到 9 月的論次費用，巡迴點的部分計算品質獎勵費用約為 280 萬點。但這個部分跟增加的服務人次 713 人次去平均來看，獎勵費用大約為 3,927 點/人次。以上是有關巡迴點的部分。

第 313 頁，社區醫療站的評估指標部分，須 100% 設置固定式治療椅及 X 光機設備。經過牙醫全聯會的調查，確實全部都有設置。服務天數跟服務人次的部分，依 107 年 1 到 9 月的統計數字，總服務天數有增加 244 天，成長率是 7.16%，總服務人次增加了 2,199 人次，成長率是 7.83%，相關的獎勵費用，按照推估約為 544 萬點。以增加的人次來看，平均為 2,474 點/人次，這個部分本署覺得獎勵的服務效益比較偏低，所以建議 108 年取消這項獎勵費用項目，請大家討論。

翁德育代表

我們去年在提出本項試辦計畫時就有設立相關指標，大家可以看到，巡迴點及社區醫療站的，我們每個指標都有達到，包括設置固定式的治療椅、服務天數、及服務人次增加，同時我們也要求醫師必須符合感染管制、在社區醫療站須具備 X 光機，醫師須符合提供身心障礙服務的資格，根管治療，每一年要做 12 顆以上的醫師要增加。

其實我要強調的只有一件事，其實醫缺計畫不好做，所以我們才會用了很多的獎勵，如果要講，到底有沒有效益，我不希望單純地用人次來解釋這件事情，如果沒有這個計畫，很多的醫師他為什麼要在花東地區去設置治療椅，大家會想說這治療椅有什麼困難的？我跟大家簡短報告一下，花東地區這一年設置的所有治療椅，都是從台北及高雄送過去的，這些費用都是由全聯會全體醫師一起來負擔，除了募集治療椅、還要拜託廠商配合維修及運送，但不是把治療椅送到點就沒事了，這個還要牽涉到後端維修問題，這些都必須要醫師來負擔。

坦白講，如果今天沒有這個品質獎勵的方案，你要全聯會去 push 醫缺醫師在每一個點都設置治療椅，是有相當大的困難。也因為有了治療椅，品質也會提升，我們也要求醫缺地區感染管制要比照全國的基層診所，同時設立病人牙齒 2 年保存率的目標，包括在社區醫療站。我們還進一步要求，你要想辦法解決病人根管治療需求的問題，如果這個醫師是常常去，然後病人的根管治療他當然就可以完成。其實在醫缺裡面，大家要一年去貢獻一天、兩天可能都不是問題，可是你要有一個醫師一年每個月都去，每個禮拜都去，其實除了熱情之外，還是要有一些獎勵，醫師才肯願意常常去，希望我們這個品質獎勵計畫能夠再繼續。

張文龍代表

我個人是表達支持，首先，因為這個費用並不高，第二，設備跟 X 光機其實也才設立。如果現在不獎勵他們的話，覺得有點可惜。

沈茂棻代表

透過這個獎勵計畫，我們希望鼓勵在那邊的醫師，不要只有拔牙或者只做簡單的一些處置，並幫患者保存更多的牙齒。我們也很努力在推動硬體設備比照診所的數位化，以口湖的巡迴點為例，現在也設置 X 光讀片機，除了減少傳統洗片的環境汙染，也能提升病患的照護品質，希望這個獎勵計畫能夠繼續。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

我的看法跟張委員有點類似，算經濟效益是有一點太快，因為包括他的固定診療椅或是感控 SOP 作業，其實都涉及到設備問題，我覺得看到 1 到 3 年是比較客觀的數據，因為若只看第一年，設置固定式診療椅跟感控設備的期程不一致，可能也會造成他的效益算起來有所差異。第二，則是病人牙齒填補要算兩年保存率。

我也蠻支持在 108 年或 109 年可以再續辦，但如果要續辦的話，也要考量品質指標的效益。如果牙全會覺得品質指標已經達到且不是太困難，可以考慮往上調整。我在這邊只有看到人次的部分，並沒有看到感控達成率、明年之後的牙齒填補率、或是現在保存率的品質指標。如果偏遠地區和一般的都會區的品質指標有所差距，那就應該漸漸把設備補足，進一步提升牙醫所提供的服務品質，使得偏遠地區要逐漸趨近於全國的平均或者是都會區，我們很在意這點，希望可以達到就醫品質的增加，而不是僅有就醫次數的增加。

主席

好，謝謝，請醫管組說明本項取消的原因。

林淑範專門委員

去年在討論這項試辦計畫時，就說本項獎勵為試辦一年。評估結果除了剛才呈現的數字之外，再跟大家報告一個參考數字，這些醫療站或者是醫療團，在 106 年沒有獎勵的情況下，其人次或天數成長率為 2% 到 3%。今年有獎勵，結果他的成長率還是差不多的，我們在猜測這是自然成長率，而不是因為獎勵出現了，所以建議本項獎勵回歸到原來的常態，以上說明。

季麟揚代表

我想站在政府的一個信賴保護原則的情形下，如果當初講好的指標全聯會已經全部達成，然後健保署又另找了其他的指標要停辦，這樣是有一點理由不是這麼充分。何況一個獎勵方案也不是立竿就能見影，大家也要經過一番調整，才能逐漸顯出成效。例如：有些牙醫師需要時間調整原有的執業方式，然後開始將診療時間往偏鄉移動的時候，突然計畫又沒有了，也會讓有心配合的牙醫師無所適從。因此，我也是贊成延長試辦時間，而所訂定的指標也

要能夠呈現出其他的一些效果，例如：民眾的滿意度等。

謝尚廷代表

其實這些是獎勵品質，不是獎勵件數，件數部分我們也是希望再努力，有關成長率是不是再來設定一個更高的品質目標，更高的人次目標，讓我們還有機會再努力一年。

主席

請看 107 年原條文，指標都是 107 年與 106 年比較。請大家再看 108 年牙醫師全聯會版本，C 項還是寫本項獎勵試辦一年，文字也都沒有修正，所有的指標都是 108 年要跟 106 年去比較，所以假定要保留的話，也要在修正的裡頭提出來有一些繼續往前走的修正空間，不然現在以全聯會版本來看，誠意好像也不是很夠，想要爭取這個獎勵也要有一定的內容。可是各位委員可以自己檢視內容，其實裡面文字不變，都是抄過來的，而且現在的狀況，你都跟 106 年比，應該要跟 107 年比，然後試辦一年嗎？去年已經試辦一年，今年是第二年，請說明你們的概念。

翁德育代表

跟大家說明這項品質獎勵計畫，事實上它是包括在兩個方面：第一、巡迴點，103 年約為 5 萬 7 千人次，104 年約為 5 萬 6 千人次，105 年只剩 5 萬 4 人次，但 106 年剩下 5 萬 3 千人次，從 103-106 在巡迴點的服務人次，每年驟減，到 107 年回升 5 萬 4 千多人次。所以如果你以巡迴點的服務人次來講，這個品質獎勵計畫，他是帶給我們一個翻轉，那才剛開始翻轉就要取消，會讓大家覺得很可惜。第二，社區醫療站，服務人次從 103-105 年都有穩定的上升，但是我們在社區醫療站的目標，是希望有更多醫師願意投入在社區醫療站服務，包括根管治療的需求。

我們在提出 108 年的時候，的確是只有把去年的東西複製過來而已，那是為了讓大家來討論。請大家翻到 314 頁，跟大家報告我們自己的版本，我們的服務天數和服務人次，都是希望能夠和 106 年相比較，而不是每一年逐年增加，原因是為什麼？因為這個區塊的人口數及學童數都是越來越少，但是為了表示我們的誠意，我們希望可以增加一個服務的人數，而不是只有人次。基本上你這個區塊它的人數每年還是會逐漸減少，但是我們可以承諾我們 108 年服務的人數，會比 107 年服務的人數增加，但是我要跟大家老實講，我們不可能每一年都增加，那真的是做不到的事情，但是我們可以承諾 108 年，不管是在社區醫療站或是巡迴點裡面，我們的服務人數都希望可以比 107 年的增加。

接下來就是剛才滕委員有提到品質獎勵的問題，這部分我們另有準備補充資料，等一下會發給大家。既然在巡迴點或社區醫療站有了 X 光、固定式治療椅，我們希望把這個品質提升到跟一般基層的院所是一樣的。所以我們就用牙醫總額門診總額支付制度品質確保方案之醫療品質資訊公開的指標，在全

口牙齒填補保存率有分成兩個：恆牙兩年以內的是 95.7%、乳牙一年六個月是 89.84%，我們就用這個來當一個標準，這個已經是全國的標準，醫缺這個區塊並沒有因為它的特殊性而讓我們把品質降低，原因是因為我們裡面有一個品質獎勵條款，以上跟大家報告。

主席

所以修正條文在哪？譬如說巡迴點，目前有固定診療椅為 439 個，占率為 53.9%，那明年準備要提高到多少？然後，人次或人數增加都沒寫。

翁德育代表

這部分沒有，等一下會發資料給大家，我來口述說明，因為我們這個本來就是品質獎勵費用，所以我給大家的是品質獎勵，如果其他要外加的部分，例如人次、天數、治療椅等，等一下我們可以分別說明。請大家翻到 311 頁 C 項之 a，確保品質民眾就醫安全，有設置固定治療椅的巡迴點數量，本來是相較 106 年，現在改成相較 107 年。

主席

好。

翁德育代表

C 項之 b，108 年巡迴點總服務天數及總服務人次大於等於 106 年的數值，這個維持不變，他再加上一個，108 年巡迴點總服務人數大於等於 107 年數值。

主席

是「且」嗎？

翁德育代表

對，是「且」。第 314 頁 E 項之 b，提高民眾就醫可近性，108 年社區醫療站總服務天數及總服務人次大於等於 106 年數值，這個維持不變，但再外加一個，108 年社區醫療站總服務人數大於等於 107 年的數值。

再來講提升醫療品質，我們原先要求的醫療品質，病人牙齒填補兩年的保存率都是大於等於百分之 90，這一項我們就把它換成剛剛發下的補充資料，在最右邊的備註，牙齒填補保存率恆牙兩年內的那個標準就是 95.07%，乳牙 1 年 6 個月的保存率標準是 89.84%，以上。

主席

這個是社區醫療站和巡迴點都一樣嗎？

翁德育代表

都一樣。

主席

第 311 頁的巡迴點 C 項及第 314 頁的社區醫療站 E 項，全聯會版本都為本項獎勵試辦一年，修正為本項獎勵為試辦第二年，就是兩個都改？對不對？

還有，社區醫療站 E 項之 a，目前社區醫療站設置 X 光機的比率已經是 100% 了？這裡還是 90%？

翁德育代表

可以提升 95%，還是留一點點彈性。因為現在還有幾個社區醫療站要開始設點。

主席

要改 95% 嗎？好。還是要酌修文字才可以保留下來。好，a 的部分一定要符合感染管制 SOP，這個部分是不是都有去做實地審查？因為偏鄉，這次好像沒有抽查到。

翁德育代表

我們會建議，明年這個區塊一定要特別納入抽樣。

主席

一定要去，感控是大家都非常的關心，特別現在 B、C 肝的病人越來越多，也有通知 CDC 可能要留意牙科的部分，這個地方是不是列入一個決議，就是把這個巡迴點和社區醫療站有關感控的部分列為抽查的對象，可以嗎？好，沒有其他意見的話，就是依牙醫師全聯會修正的版本通過，再續辦一年，下一個。

李佩純科員

第 315 頁，延續巡迴品質獎勵費用部分，這邊沒有做修正。第 316 頁，⑤ 指標來源有修正年度。

林淑範專門委員

請教全聯會，因為在 317 頁，前述指標之資料來源的 D，評估續辦指標，那時候是因為第一年試辦，所以會有卡一個時間點，在何時要提出評估資料。因為 108 年是續辦第 2 年，這個資料期間可不可以再往前提出。譬如說，108 年續辦評估指標，A 項由牙醫全聯會在 108 年 6 月底前提供前一年度跟 108 年的數據，就是在當年的上半年的前一年的資料，以利在評核會提供資料。

翁德育代表

6 月底就要我們提供資料，這樣資料只有 5 個月。

林淑範專門委員

因為大家會陸續提供資料，108 年評核會的時候，就可以提出 107 年全年和 108 年上半年，大家就知道執行的成效。

翁德育代表

5 月就開始算評核的東西了。

主席

所以這裡還是 10 月照寫，可是你評核的時候，要把可以提供的資料提供？好不好？

翁德育代表

可以。

主席

大家還有沒有其他意見？沒有，我們就下一個。

李佩純科員

第 319 頁，(5)為修改年度。

主席

好，有沒有意見？沒有的，我們就通過。

李佩純科員

第 323 頁，有關論次支付點數之申報，考量部分院所有多名醫師同時參加巡迴醫療團，可能有同月至不同巡迴點辦理口腔衛生推廣服務之情形，故修訂為每位醫師每月申報至多 3 小時，超過部分不予支付。。

主席

可以嗎？不論地點，就每個醫師每個月最多申報三小時，這樣有沒有問題？

謝尚廷代表

沒有問題。

李佩純科員

第 324 頁，目前院所有申報論次費用，才會到 VPN 登錄，本署建議從 108 年巡迴點為「核實申報」之院所亦須至 VPN 登錄巡迴服務明細，以利各個巡迴點的費用管控作業。

簡志成代表

請教一下，他的意思是說，這次我沒辦法申報，那我們 VPN 上面要登錄甚麼？因為 VPN 上面是要登錄我們要看的人次、時間，然後後面是要申請多少論次費用，如果沒有的話，那我們 VPN 上面登錄是要做甚麼？

李佩純科員

服務人數及時間還是要登錄。

簡志成代表

服務人數我們不是在期末報表都會送上來嗎？這樣的話，是不是就不用做期末報表？你現在這些資料和期末報表是一樣的。

李佩純科員

VPN 是每個月的每個點的巡迴資料。

簡志成代表

對，我知道，這樣跟我們期末報表做的資料是不是都一樣？如果你的目的只是為了統計，你們每個月 VPN 都可以抓出資料，這樣我們期末報告就不用寫。

林淑範專門委員

在 VPN 登錄的時候，其實就會知道大家每個月在那個巡迴點提供的時間和人次，在年度的報告裡面，他是送到全聯會，其實他沒有在我們的資訊系統上面，當然您提的有道理，如果每個月送了之後，是不是年度報告還要再送一次人次，這個是可以討論的。

簡志成代表

不好意思，因為我們在操作的時候，發現一個問題，我 VPN 每個月都有登錄，在期末報表要寫的時候，叫不出來前幾個月的，沒辦法做一個加總，需要每個月各別加總，所以如果不論有沒有要申請費用我們都登錄 VPN，這樣期末報表是不是就這邊直接抓出來就好？

林淑範專門委員

登錄 VPN 會比你年度送的報告會更好。

主席

年度報表要不要送？

簡志成代表

不好意思，這個問題是如果我這個月都沒辦法申報論次的話，所以我要送一張 0 的報表出來？你們的意思是這樣嗎？因為現在是有費用才要送出來，如果他去參加的地方還不符合論次的申請的話，依照你們的登錄，會送一張 0 的報表出來。

李佩純科員

跟大家報告，現在沒有論次資格的巡迴點大概只有 70 幾個，確實如果以我們健保署現在修改的版本，在每個月申報的時候，如果恰好那個院所去的巡迴點都是沒辦法申報論次費用的話，也是要送一個 0 的報表，但是上面還是會顯示服務人數和時段，至少我們可以瞭解到這個巡迴點還是確實有提供服務的。現在都沒有登錄，我們會以為那 70 個巡迴點好像都沒有人去提供服務，無法從這個系統中得到這個資訊。

簡志成代表

可是這個從健保申報資料上面還是有醫師案件，還是抓得出來健保申報資料。

李佩純科員

申報資料裡面和巡迴點是分開的，看不出來。

連新傑代表

因為這是兩個不同的單位，它們是他們，我們是我們，我們不能少。

簡志成代表

我們不能少是沒問題，但現在很多情況是，很多第一年剛進來不能申請，現在要求他去 key 很多 0 的報表出來，現在報表除了總表以外，還要再補這個 0 的報表，如果他沒有附到，那費用上對你們來講沒有影響。

林淑範專門委員

我們再重申一次，在 VPN 填報的時候，至少在我們每個月在統計的時候，知道有去幾個巡迴點、甚麼時候去，如果都沒有填的時候，我們會少掉很多巡迴點，可能你實際上去了 100 個巡迴點，但統計上只有 70 個，就沒有辦法呈現大家的努力。

劉玉娟副組長

也許您會擔心那個月的登錄如果漏了怎麼辦，只要說明就可以。

簡志成代表

因為開始宣導的時候，他難免去會漏了這個 0 的狀況，之後可能才做補件之類，這部分可能要請多多包涵。這個先講，因為我們會宣導去配合，但是這個行政的處理部分可能要麻煩互相一下。

主席

好，是不是就修正通過。

翁德育代表

順便問一下，因為去年在試辦時，我們有提出一個要求，醫師去做醫療巡迴服務，他去的點一定要有固定式治療椅，但是我們現在治療椅不是百分之百，一個醫師可能他會去的巡迴，有時候有治療椅、有時候沒有治療椅。我們去年講的就是全有或全無，醫師你去到全部沒有治療椅的地方，就全部都沒有獎勵。既然可以上 VPN 就知道去那個巡迴點，可以把它改成人性化一點，你去到有治療椅的地方就可以領到品質獎勵，到沒有治療椅的地方，當然就沒有品質獎勵。

主席

這樣很好，鼓勵固定治療椅越來越多。可以嗎？可以，好，這個就修正通過。

翁德育代表

VPN 網站上可以勾選這個巡迴醫療點有沒有固定式治療椅嗎？如果這樣的話，可以方便統計。

林淑範專門委員

如果要多一個欄位，您們要提供我們巡迴點有治療椅的勾稽。再請教一個問題，要不要有時間點？例如：12 月設置的治療椅，他全年都可以算？還是設置後，那個點才算。

翁德育代表

對。

主席

好，VPN 欄位新增固定式治療椅，並勾稽設置時間。好，接下來。

李佩純科員

第 325 頁，是針對彩色照片的相關規定，原本巡迴論次如果要附彩色照片的狀況為該診次如無法於巡迴點過卡，或僅執行口腔衛生推廣服務的話，在申

報費用時，要檢附彩色照片 3 張。這邊我們酌修文字，就是在巡迴點無法過卡的部分，我們修正為「…包含診療人數為 0 人的狀況…」，如果在 0 人的狀況的話，醫師亦須提供彩色照片，照片建議服務醫師自己要入鏡，以及可辨識是那個巡迴地點的照片。

簡志成代表

這個是沒問題，只是建議「及」要不要改成「或」？要不然只能在門口照 3 張，因為你要可以辨識巡迴地點，就是要掛牌的地方。

主席

好，改成「或」，至少有 1 張是服務醫師跟可辨識巡迴地點都同時入鏡，但兩個同時出現為佳。

徐邦賢代表

我的建議也是「或」，之前我們曾經反應過，就是一個醫師要拿一個牌子還好，後面如果還有數字的話會被人家誤會，所以才會改成這樣子。

主席

好，就改成「或」好不好？好，再來。

李佩純科員

第 333 頁，第 12 項是延續條款的部分也是修改年度。

主席

好，這個應該也沒有意見。

李佩純科員

第 333 頁，在方案的附件 1「執業計畫施行地區」，經過統計南投縣的集集鎮於今年 4 月，牙醫診所辦理歇業變成無牙醫鄉，所以執業計畫施行地區建議新增南投縣集集鎮為 1 級地區。另外臺東縣卑南鄉從 106 年的 10 月已有一位牙醫師進駐，不過他沒有參加我們的執業計畫，所以他現在已經不是無牙醫鄉，本署建議刪除臺東縣卑南鄉。

主席

好，這個有沒有意見？沒有意見，就通過了，再來。附件 2。

李佩純科員

第 334 頁，接下來是附件 2「新增巡迴計畫的施行地區」，牙醫全聯會建議分成三個部分。第一個是臺南市山上區新增為一級地區，這個部分健保署是同意的。

牙醫全聯會第 2、3 個新增版本是花蓮縣鳳林鎮要新增為 2 級地區、玉里鎮為 1 級地區、臺東縣關山鎮(電光里、月眉里跟德高里)，還有成功鎮(信義里、忠孝里)增加為一級地區。牙醫全聯會的原因請見備註的部分，主要是依據全聯會的統計資料，這些蛋白區牙科的就醫率低，大部分是老人、小孩，在就

醫的觀念可能比較不佳，希望可以增加前述這些地點的巡迴學校來提升偏鄉的就醫率，宣導牙齒的保健觀念。

健保署比較不建議增加前述花蓮縣鳳林鎮、玉里鎮、臺東縣關山鎮、成功鎮。理由是因為像花蓮縣鳳林鎮本身就有 2 家牙醫診所、玉里鎮有 7 家牙醫院所，這裡面是有包含部立玉里醫院、玉里慈濟醫院跟北榮玉里醫院，關山鎮的部分有 2 家牙醫診所、成功鎮的部分有 2 家牙醫院所(含部立台東醫院成功分院)，所以尚無牙醫醫療資源不足的情形，牙全會所提牙齒保健相關觀念，建議應由當地公會結合外界力量來協助當地去監理，可能會比較適合。

主席

好，附件 2 的意見，大家有沒有意見？

何正義代表

我解釋一下，因為鳳林鎮跟玉里鎮是屬於花蓮縣，關山鎮跟成功鎮是屬於臺東縣。鳳林鎮跟玉里鎮有診所在那邊是沒有錯，舉個例子，玉里鎮是有一些像部立的玉里醫院，他都是在玉里鎮裡面，可是你往東、往山上，他的距離差不多有 3、4 公里，老實說，晚上你要叫老人家帶小朋友去看病，真的是非常不方便。再舉個例子，關山鎮電光里，我們有 2 個診所，可是你從電光里到診所沒有公車，因為小朋友如果留在學校的話，我們能夠在學校裡面放醫療點，但是晚上讓長輩帶小朋友去那個地方看牙齒，真的很不方便。因為是我親自去，我知道這個地方到底有多偏僻，其實開車不會，開車你從電光里開到關山鎮吳醫師，開到那邊不到 10 分鐘，但是如果晚上沒有公車的話，讓老人家騎腳踏車或騎摩托車，我是覺得很不方便，這是第一個。第二個是兩個學校的區別就差一個河而已，但是我跟理事長常常被地方人士說，為什麼你那邊就有牙醫師，我們這邊就沒有牙醫師，你是大小眼。所以我們希望把這種氛圍打破掉，希望秀峰鄉有醫療站、光復鄉有，但是鳳林鎮跟玉里鎮沒有，所以我們希望是把整個花東地去能夠建置開放。要開放這些地區，我們當幹部的人也很擔心找不到醫師，花蓮醫師是 140 幾位，臺東市 65 位，加起來 200 多個醫師，會有 8,000 多平方公里要去跑，所以我們希望開放之後，有能力慢慢去把這個點放好。

主席

您是打算晚上去做巡迴醫療嗎？

何正義代表

沒有，白天。

主席

可是您剛剛講說白天有，可是晚上很不方便，您是打算晚上去補晚上嗎？

何正義代表

不是，我是說，因為一般長輩都是晚上帶去給診所看，但是太遠了。希望說

白天可以去學校做醫療點，小朋友在學校的時候就可以順便看牙齒。

主席

晚上還是沒辦法，您剛剛提議是說，鳳林鎮的 2 家診所、玉里鎮的 7 家晚上不方便，白天是方便的，對不對？

何正義代表

不是，白天至少小朋友到學校去，我們在學校裡面有放醫療點的話，這樣子他比較有機會能夠接受到口腔的治療。

主席

所以是打算白天去學校就對了？

何正義代表

對。

徐邦賢代表

報告主席，其實他這個狀況就有一點像當初那時候阿里山鄉申請的醫療點，比如雖然它那個鄉鎮是有牙醫師，但是那一個點是在整個鄉鎮的一個邊陲地帶。所以這裡也是一樣，關山鎮跟成功鎮也是整個鎮裡面的邊陲地帶，所以邊陲地帶的人如果要到所謂真正有牙醫診所的地方，是有一個實際上的距離，不管白天還是晚上，所以我們才說就特別這些邊陲地帶能夠成為一個我們可以巡迴的點，就這樣子而已，基本上是因為距離還有整個行政區域分布的關係，以上補充報告。

主席

好，其他各位委員還有沒有意見？

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

這次預期增加幾個巡迴點？

主席

這邊花東就 7 個，再加上臺南市山上區就 8 個。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

如果是鳳林鎮、玉里鎮、關山鎮、成功鎮這樣就 4 個，還是這裡面有那一個這次要增加 1 個以上？

何正義代表

鳳林鎮 1 個、玉里鎮 1 個，電光里跟月眉里可以合成一個。

主席

這邊請再說明清楚，不曉得您是要設在那個地方、多了幾個巡迴點，看不太出來，這樣會讓大家誤會。

何正義代表

因為這 2 個地方離巡迴點很遠，我們是想說如果開放這 2 個地區，然後再想辦法找個地方設一個點，你不開放的話，這 2 個完全都沒有機會了。

主席

會不會影響鳳林鎮跟玉里鎮的那 9 家診所？鳳林鎮現在有 2 家牙醫診所，玉里鎮有 7 家。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

按照常理來說，蛋白區也要設巡迴點，2 家我覺得也就算了，特別是玉里鎮有 7 家，如果沒有一個很明顯設點的規劃，我覺得對西醫跟中醫也說不過去。不管設在哪個點，always 有邊陲地帶，因為蛋白區設點其實是比較方便的，我們把資源畫在蛋白區，其他在更偏遠的、不是蛋白區以外的，你要找人來設巡迴點就會更困難。我們沒有要反對，但可能說明要設在那個點，他可以涵蓋原本沒有就醫或就醫困難的人口有多少，我覺得夜間就醫這一點我沒有辦法被說服，因為巡迴點本來晚上就沒有去，所以玉里鎮可能會比較需要再討論。

何正義代表

補充說明，我們剛剛確認過，希望鳳林鎮、玉里鎮、關山鎮、成功鎮都各設 1 個，共計 4 個醫療點。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

玉里鎮有 7 家，請問你們要設在玉里鎮的那裡？這個很重要，玉里鎮是個人口集中的地區。

何正義代表

我講一下，玉里鎮分河東、河西，他不是用河來分，他是以省公路來分，我們講的 7 個醫院都在河西這邊，河東就是往山上那邊都沒有所謂的醫療院所。

主席

距離多遠？如果開車是多久？

何正義代表

玉里鎮從山邊到市區其實不會很久，開車很快，大概差不多 10、20 分鐘。

主席

需要嗎？全聯會的看法怎麼樣？

謝尚廷代表

建議就鳳林鎮、關山鎮、成功鎮就設，玉里鎮再評估好不好？因為這裡聽起來沒有很遠，他有 7 家診所，你也說沒有很遠。

何正義代表

因為你開車真的沒有很遠，那都是田，但是你要從山下坐公車，我的感覺真的很不方便，除非我開車去，不然很遠。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

北榮玉里跟部立醫院開車去載，不是有接駁的？又不是沒有這種事。

何正義代表

部的好像沒有。我們有壓力啦，地方紳士都有再講，所以我們希望能夠開這個點，有些醫院在我們玉里鎮裡面是沒有錯，但他確實沒有達到讓牙科醫療都能夠伸到每一個地方。

主席

這個鳳林鎮、玉里鎮、關山鎮、成功鎮的優先順序是怎麼排？

許世明代表

是不是鳳林鎮、關山鎮跟成功鎮的部分這次能夠先納入？玉里鎮就暫時先擱置下來，等資料更齊全的時候，再把相關困難點呈現出來，我們再來會議上爭取。

主席

好，大家有沒有意見？沒有就照全聯會的意見，好，接下來，下一個。

李佩純科員

第 336 頁，附件 9「講巡迴標示製作作業」，標示物的類型新增「其他」的類型，例如看板、壓克力板這一類的，跟牙醫特殊服務計畫是一樣的。

主席

好，有沒有意見？好，沒有意見就通過。第 4 案醫缺就討論完，就進到第 5 案。

討論事項第五案：新增「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」(草案)

翁德育代表

這個案子其實在我們會內大概討論了 4 年，這個案子的前身是叫做「低點值高醫療需求地區獎勵計畫」，原因要推到我們在民國 95 年，6 個分區做 100% 的 capitation，我們就預先想到，事實上 capitation 不能夠只有在 6 個分區，在分區內有沒有因為做了 100% capitation 以後，把分區內的鄉鎮的醫療資源把他拉進來。為了保障點值低的區塊，怕他們沒有辦法做這樣的醫療資源的醫缺管控，所以在點值低的地方，就提供點值保障到 1，所以那時候的觀念是重於保障。

從 101~106 年，全國大概增加 20% 醫師，這個區塊大概只增加了 10% 的醫師，還有些區塊的醫師數是減少的，包括在花東地區，事實上醫師數也是來來回回，不是非常的穩定，所以我們那時候就想到，如果想要在健康不平等再加把勁，勢必得要提出一些新的方式來補足在蛋白區這個區塊裡面，否則他的醫療資源差距可能逐年擴大。

以前的低點值都會劃分區域，有一個醫師人口比的條件，這有好處也有壞處，比如說以前我們訂了一個 1:4,500，今天這個鄉鎮人口數 7,000 人，有 1 個牙醫師，他就符合低點值獎勵計畫，可是當第 2 個牙醫師進去的時候，卻發現這個區塊 2 個醫師都沒有獎勵。另外也有些鄉鎮他的醫師數沒有變化，但因為他的戶籍人口少了，造成就沒有辦法加入這個計畫，所以原來這個精神也會造成一些我們不太想要的結果。

簡單來講，這個獎勵計畫就是以前舊的「低點值高醫療需求地區獎勵計畫」的進階版，我們就把所有的區塊裡面，盡量用戶籍人口數跟人口密度來做一個依歸，劃分了那一些鄉鎮他是需要獎勵的，用比較低一點的醫師人口比去涵蓋這些事情。第二個，我們把以前的點值保障，把他改成是診療費(就是牙科的處置費做加成)，這跟以前的點值保障有什麼不一樣呢？因為以前的點值是保障到 1，有的分區點值是接近 1，甚至超過 1，完全沒有機會用到，弱勢還是弱勢，而且反而差距更大。再來，6 分區的點值每年都是起起伏伏，這是一個不穩定的保障，我們希望全部的蛋白區裡面，能夠用加成，大家的獎勵都一樣，只要你提供一個好的醫療服務，你就會得到很多的獎勵。當然我們的預算只有 8,000 萬，額度是不變的，所以就用這個方式來導入所謂的弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫。

我們希望獎勵的錢比較多了以後，相對也要提升品質，所以我們在裡面加了感控的條件，醫缺的地方已經在做感控了，怎麼可能在蛋白區塊不做感控。第二個就是說我們這幾年的痛，在身心障礙做醫療服務，執行醫師數全國只有一成，有人會擔心如果我在弱勢鄉鎮蛋白區塊的地方，有沒有可能他們都沒有看到身心障礙特殊醫療服務的民眾？我相信這不可能的，相反的，這些區塊他更需要醫師們提供一些特殊的醫療服務才對，怎麼會都沒有呢？所以我們在這個區塊裡面，我們要求你要領到獎勵，就是必須每年至少提供 1 件特殊醫療服務的案件，你才能夠被獎勵。

主席

好，這個後面這些附表，請說明？

翁德育代表

請看第 352 頁，說明我們增加了什麼條件。第一，你一定要是專任醫師，因為我們需要在蛋白區塊裡面是永續執業的醫師，那支援醫師是來一下子的，這個不在我們獎勵範圍之內。第二，當年度的醫療費用，每一個月都要有暫付，這個意思是什麼？就是之前因為有的醫師他沒有辦理暫付，我們在算檔案分析的時候，當季裡面就沒有他的資料。第三，有違規情事。第四，有異常醫療行為模式。第五，核減率佔全國 90 百分位的。第 353 頁第六項，符合感染管制 SOP 作業細則。第七，是我們強行要求的，如依 106 年度來看，只剩下 45 個鄉鎮數的院所是符合的，很多人會擔心說，你怎麼 8,000 萬就只有這 45 個鄉鎮可以拿到獎勵？事實上醫師們要去拿到特殊醫療服務計畫的資格很容易，只要他願意花 7 年的時間修滿 30 學分，他只要一修學分，他就有資

格服務，那有沒有病人讓他看？在弱勢鄉鎮、蛋白區塊這個鄉鎮絕對有病人，而且不少，絕對可以看的到，所以我們是希望透過這個計畫來刺激讓特殊醫療服務計畫服務的人數是增加的。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

3、4、5項是減項還是加項，怎麼下面都是加，人數統計為A+B+C。

洪于淇科長

說明一下，因為它本身有很多條件，第1個條件，只算執業出來的統計值，第2個條件，加了執業又卡暫付，符合條件院所數跟金額是多少錢，根據計畫到最後第7點它只剩下75位醫師，約4千4百萬，條件都是排除。

主席

照翁醫師解釋，ABCDEFG都符合的話，蛋白區的醫師數就只有75位，診療費是加3成？

翁德育代表

分三級，2成、1成5、1成的。

主席

這樣是4千4百萬對不對，我們預算為8千萬，這是有差距的。

翁德育代表

很簡單，醫師要加入特殊醫療服務計畫，就可以領到獎勵，這是第7項，G的條件，坦白說不困難，我們沒有綁醫師不能參加計畫，只要修學分就可以。

主席

如果醫師都符合G這項，這邊就還有370位醫生，約1億7千9百萬，顯然預算不夠。

翁德育代表

所以我們是用點值來計算。

主席

所以是75到370位醫生之間會得到獎勵。

翁德育代表

第1年是這樣，第2年應該會新加入很多醫師，我們主要還是希望鼓勵有很多醫師來這個區塊執業，所以第2年應該會大於370位醫師。

主席

第7項是少最多，所以現在是要鼓勵他們去服務身障病人就可以進來，最後8千萬不夠就用浮動點值，過去一直以來都是從一般服務撥出來的沒有增加，如果做身障的醫師沒有增加，假設75位醫生分4千4百萬，平均1人約60萬，剩下的錢就會回到一般再由六區照比例去分掉？

翁德育代表

對。

主席

大家有沒有意見?是用意良善，最主要是我們牙醫師分布越來越不均，這是很嚴肅的課題，不論是用獎勵或巡迴點去彌補，它的不均就是越來越嚴重，每年增加這麼多牙醫師，但是都沒辦法普及式的照顧民眾，這件事一直用這樣的方式好像也還是會一直雪崩式的崩下去，沒有停損，現在都是用財務誘因去停損，這幾年看下來，巡迴醫療、社區醫療站鼓勵開業、蛋白區-以前是稱低點值高醫療需求區，去補點值也好，現在是處置費加成也好，這個不均的趨勢一直都沒有停過。

翁德育代表

獎勵不足是很大的一個原因，但是預算就是這樣子，我們很難去改變，在會內要說服所有醫師從一般預算挪多少來補這個區塊，這是很困難的事情，是拿自己的預算、割一塊小肉來補，不是每一個人都很樂意；第二件事情是，即使它效果不太好，起碼要讓這區塊的品質稍微好一點，以前這個感控大家都不要求，我們就來要求，以前身障大家都不想去，我們就藉機會來做，就算沒有辦法達到讓醫療資源進來，起碼可以讓這區塊的品質提升。

吳永隆代表

原本低點值高醫區的獎勵人數在 106 年是 384 個醫師，翁醫師希望醫師趕快移動的想法我是可以接受，但第一年身障的部分是不是能先不要限制住，可能很多醫師知道這個訊息，想要去上課的時候已經是年終了或來不及了，沒有辦法在明年 1 月就開始服務，而且這個身障是整年都要有，還是其中一個月有就可以了?

主席

翁醫師剛剛說一年只要 1 個人次申報就達標。

吳永隆代表

以我們台北市來講，這個醫缺的部分只有付出沒有收回，台北沒有醫缺或低點值高需求區，但是原則上我們也不希望所有醫師畢業後都留在台北市，也希望他們受完 PGY 訓練後能到其他地區去服務，所以一直以來我們台北區都對醫缺從一般預算撥補費用是支持、沒有意見的，但是舊的方案補助醫師三百多位，新的方案如果用意是希望醫師趕快移動，理論上補助人數應該要增加，才有辦法達到醫師板塊移動的目的，謝謝。

翁德育代表

我綜合主席及吳醫師的說法，要大家加入身障，它的門檻不高，不然人家不願意加入，再強調一次，每位醫師只要有心願意就可以加入，剛開始我們門檻很低，第 1 年只要有申報一個案件數就算，但第 2、第 3 年要一年比一年好，要有一個趨勢，預算只有 8 千萬，我們希望未來隨時因應預算點值的高低來增加要求的幅度，等下進到細部討論跟大家說明。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

總額協商牙醫的特殊醫療服務明年有增加一筆錢，記得當時條件是希望增加院所數，不是醫療團的，那這樣看來院所受訓的醫生增加了，也就是院所數增加了，這邊又只要服務一個人就可以拿到獎勵，也就是說他可以領到很多獎勵，會兩邊都拿到這個費用，那邊有 5 千萬。

翁德育代表

跟滕委員報告，應該說，5 千萬如果來自一般基層院所的案件數，他本來就會領到這筆款項，在這邊如果你有做特殊醫療服務，只是符合資格，並沒有再加 2 成，所做身障的錢在身障那邊已經加完了，只是要記到獎勵裡面的一個資格而已，有符合資格所做的身障點數在我們這邊並沒有加成。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

但是在 5 千萬那邊你沒有鼓勵他，你會再在這 5 千萬鼓勵他還是？

翁德育代表

不會，沒有。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

那這五千萬要怎麼花？我的意思是，兩邊都拿到了，但是看起來就只是院所數會增加，服務人數並沒有增加，案件數增加也是特殊服務需求那邊不是這裡。

簡志成代表

這五千萬是優先鼓勵大家在院所去看身障患者，但是並沒有另外設獎勵方案，在一般的身障申報，會加強力道去輔導那些院所，因為現在很多院所是不符資格或是沒有看的，跟這個沒有衝突，沒有另外設甚麼鼓勵條款。

主席

請問 370 位醫師與原來 384 位醫師是重疊嗎？

翁德育代表

大部分是重疊，我們只有稍微增加一些鄉鎮。

主席

這 14 位醫師是甚麼情況被排除？

翁德育代表

有違約、核檢率或沒有做感控等。

主席

了解，大家有沒有意見？進到文字細部，在 356 頁，這叫做弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(草案)，就是俗稱的蛋白區獎勵，是用這個方案取代 374 頁的原點值低計畫嗎？

翁德育代表

對。

主席

好，請醫管組繼續說明。

張毓芬科員

第 357 頁，實施對象的部分，牙全會這邊有說明基層院所定義視同支付標準表，如醫院部門特約類別為基層院所，依支付標準表則納入獎勵，如依總額範圍則不納入獎勵，本署是建議比照總額別範圍認定；原牙全會建議為年結算，本署建議改為結算；另外增列醫師代號異動視為不同開業主體的規定。

翁德育代表

補充說明，用季結算原則上沒問題，只怕增加大家困擾，唯一要注意的就是提供特殊醫療服務，原先是一年只要有 1 件，現在改成季的話，文字建議修正，在實施對象(二)，執業登記於前開院所之醫師且當季結算日之前一年(365 天)有申報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(當年度申報院所內特定治療項目代號(一) FC、FD、FG、FH、FI、FJ、FV)者。例如第 1 季結算日可能在 4 月，往前 365 天有任何 1 筆牙醫特殊醫療服務的案件就算，認定會比較寬鬆；如果用當季的話，有些醫師會來不及，我們算起來第 1 季醫師數會很少。

洪于淇科長

首先本來是要年結，可是很多獎勵計畫都在年底結，怕資訊作業會很困難，所以都改成季結，你剛剛說的問題我們會克服，如果說他不是年初申報，第二季才發現，我們會回頭算說他第 1 季該拿多少再補給他，我們資訊端會克服。因為依照翁醫師剛剛的計算方式，會計算到 106 年的牙特案件數，就不是當年的案件數。

主席

好，如果可行的話就這樣，接下來第 358 頁。

張毓芬科員

第 358 頁適用地區就同牙全會建議，第 359 頁獎勵分配方式，原本是依年度來計算，這邊改成按季來分配；醫師定義已經在實施對象已有規範，建議不須重述；診療費建議根本署申報填表說明格式一致。第 360~361 頁有關分配方式，修正成按季結算，有關獎勵方式也同前述，同健保署欄位名稱一致，以上。

洪于淇科長

補充說明，有關分配方式，原以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則留用於下季。因為當季有時候會算之前沒有算的，怕某 1 季預算不足，所以想加一段文字，全年若有 1 季預算不足就要進行全年結算，是怕點值每 1 季是不一樣的，還是大家可以接受每季不同？

翁德育代表

現在是說，會不會有個現象，第一季符合的醫師很少，然後領很多錢，到最後領得越來越少會不會？

洪于淇科長

如果發現有 1 季預算不足就重算，全年結算如果有結餘就回歸一般。

主席

這樣一年結算一次有甚麼關係？

洪于淇科長

所有獎勵費，像醫缺都是年底做，結算作業時間會很趕。

翁德育代表

這樣你要算五次喔。

主席

還是改成年結算，大家比較不要那麼多麻煩的事。

洪于淇科長

我們就再配合修正文字，另外362頁文字修改，無下列情形得予以核發，改為有下列情形不予核發；還有增列個條件，361頁核算基礎②，案件分類為14、16，屬專款專用之計畫項目，等於執業院所是不計的，所以希望在第八點加一項，牙醫資源不足地區執業服務計畫不計，你們原來是寫醫師，現在我們卡院所；第364頁，KPI的操作型定義，牙全會建議於計畫施行後一年再評估，指標第二項(確保民眾就醫醫療品質與就診品質)，操作型定義不明確，建議第1年先予以刪除。

主席

好，這個案子就這樣子通過，請。

溫斯勇代表

我有個問題，這個計畫的目的是達到板塊移動，假如這個計畫公告後，有人他看到覺得很吸引他，加入後他只能期待109年能拿到，因為他說108年要任一月都要有申報感染管制、都要有一次暫付，而且假設我很心動，預計明年6月要去，那1到5月我新的院所怎麼可能會有申報感染管制、每個月的暫付呢？

翁德育代表

我來說明，當初我們會內討論過，是比較注重防弊，這8千萬是大家的辛苦的預算，所以當初就下了一個結論，一定要有12個月暫付款，這不是要去卡新開業的院所，是要去卡有些醫師院所重大違規、檔案分析異常，他們就是故意1、2個月沒有申報，讓我們檔案分析湊不出來，我們都是以季為單位，所以當初就很狠的說一定要有12個月的暫付款，不過我覺得是可以討論，因為這確實對新開業的院所不太公平，6月去開業全年度都沒有，下一年度才有，但我們當初是要去卡異常院所，以上。

主席

所以要去開業就11、12月再去開，差不多了新年度就到了，1、2月去開就要等11個月比較久，溫醫師覺得不好還是？

溫斯勇代表

這樣我們很難去鼓勵分區內的醫師，說這些地方是可以去，然後讓更多民眾

得到醫療照護，當然我們是希望有更多醫師受惠，我們幹部比較有機會去說服他們幫我們這個忙，我認同剛剛翁醫師說的，明明從1月1號開始成立的診所，他沒有每月都辦理第1次暫付款，讓我們檔案分析變比較困難，這個不要讓他領我覺得可以接受，可是一個院所新開以後在第二個月，因為第一個月他可能安全模組還沒好，他能夠連續完成卻沒有去保障他，就變成我們鼓勵他，但是你要10、11月才能去，這講起來怪怪的，一個好的政策應該是跟大家說有這個方案，讓大家可以照自己的Tempo去。

許世明代表

關於這個計畫部分，我們在會內也討論了很久，會內的決議是實施1年後檢討，希望這個計畫能先針對有共識的部分通過，其他部分明年我們會依實施情況做條文修正。

主席

溫醫師的意見是對新開業的醫師不要有12個月的條件，這樣的優惠在現有的計畫內是看不到的，但我希望看到獎勵的院所每年可以逐步增加，因為現在全國才300多家，真的沒多少，如果每年越來越少，雖然預算8千萬沒有變少，分配不均的情況就會越來越嚴重。

翁德育代表

我們希望醫師數越來越多，但也要附帶品質越來越好，才可以領獎勵。所以不能只看outcome，有時候人數是少的，但品質是好的。

主席

其實照著計畫條件中的感染控制，排除到最後已經沒剩幾家，我覺得感控很重要，列進去之後減少了20幾家，其他條件就沒有減少幾家，表示這些院所也沒有品質不好，只是在於有沒有按月申報暫付款的問題，以及感染管控的這些基本門檻，還有剛剛討論很久的身障條件，這些條件加進去就少了80%的院所，就會變成一個院所做的要死，結果等不到一個身障的病人，這些加成就通通拿不到了。所以這個計畫是第1年就要這樣規範嗎？從384位醫師突然掉到只剩70幾人，這很不應該啊，本來在那邊做得好好的院所，這樣感覺好像變的品質很不好，心情也變得很差。

翁德育代表

我們規範有1年的時間去準備，在這些區塊不可能沒有身障病患去找你看病，也不可能這些人在鄉下沒有這些需求，問題是在於醫師有沒有心思去上課，因為我們資格要求很嚴格，身障受訓要30小時課程，每年都要去上課，而且要花7年，今年有去有資格，明年沒去就沒資格了，有些醫師第1年有興趣，去上課之後有資格了，但之後因為實際申報人數只有個位數，第2年就不想再去上課，導致沒資格了。那為什麼我們要這樣要求醫師，他可能會看身障病人，但我們更希望他去上課，課程裡面有很多看身障病人很多必要的觀念、理論基礎跟學識，對醫師與民眾都有很大的幫助，關鍵點絕對不是沒有病人。

主席

這個計畫很有理想性，但原先點值低獎勵計畫獎勵的 384 位醫師，在明年初如果還沒有準備好，會有 8 成的醫師都拿不到獎勵，這樣對於資源不足地區，已經搖搖欲墜的醫師來說是很負面的感覺，現在還好是年度結算，如果是季結算就會更慘，真的要這樣嗎？本來期待很高，但有可能會不如預期，原本拿到的獎勵有可能會歸零，這樣會不會加速這些醫師的離開？

翁德育代表

這是額外的獎勵。

主席

但對於那些 384 位醫師而言，可不會認為是額外的獎勵，他會認為這是必然，因為已經這麼久了，這是他的既得利益，他會認為我這麼犧牲，在這裡這麼久了，這些是我應得的，那突然歸零了，你有沒有想過這個副作用？

翁德育代表

如果是這樣，我們會覺得這些獎勵每年發一發就沒了，真的是看不到什麼，在這個區塊要進步也不是很困難，我覺得還是醫師有沒有心要去從事這塊服務。

主席

這些醫師對於一般病人的照護也是在當地付出很多，身障雖然有一定的 population，但不是代表全部人，但你會讓這些醫師沒有照護到這些少數的病人，而把照護其他多數人的代價付出去，當然你期待很高，希望他去照護弱勢，必須去上課，但現在就是制度的轉換會造成最壞的結果是，有 8 成醫師因此拿不到原先的獎勵，那這 8 千萬的獎勵目的就是要補助經濟，讓他能夠留在那裡，因為那邊自費的空間也相對很少，不然怎麼會有那麼多醫師不願意去呢？用這些經濟誘因去補償他們的損失，結果因為計畫轉換，他沒有上身障的課程、沒有照顧身障病人，90%病人他還是照樣有服務，結果所有都要付出代價，雖然是額外獎勵，但長期下來他會認為是既得利益。

翁德育代表

在健保一般服務裡面沒有什麼應得不應得的，就是要付出才会有，我所謂的額外是指你跟其他醫師不一樣的地方，就會有加成，但絕對不是只因為有在這個區塊執業你就有獎勵，現在把它進階，在這個蛋白區本來就會有很多身障族群，怎麼可能連一個都服務不到？有這麼多身障患者等著醫療，卻連一個都服務不到，那就不能像以前計畫那樣一直往上加成，以後我們還會有第 2 階段、第 3 階段的要求，會越來越多啦，原因很簡單，這就是 extra，你就是要做得跟別的區塊醫師不一樣，才會給你加成，將來會有老人的區塊，我們也會想加進去啊。

連新傑代表

當初身障的概念是我提出來的，可是我們沒看到數據呈現兩個計畫醫師數落差這麼大，這也是我們會內比較猶豫的地方，如主席所說，300 多位醫師與 75 位醫師落差太大，請示主席是否這個方案今年一定要通過？

翁德育代表

連醫師，這是我們會內的事情，你怎麼在這裡講這些呢？

連新傑代表

我詢問一下程序問題，如果醫師數有疑慮的話，是不是還有給我們全聯會再討論的空間？因為 300 多位醫師與 75 位醫師的確有很大的差距，我們也擔心會有反彈，是不是隔年再把身障納入條款？第 1 年我們先去宣導？那我們會內也要再做一些細部討論。

主席

75 位醫師大概落在第 354-355 頁這些鄉鎮，還有約 300 位醫師不在這裡，但這些醫師過去在點值低計畫有補到 1 點 1 元，兩邊醫師有高度重疊。

翁德育代表

沒有高度重疊，像北區跟花東一定補不到，高屏則是補很少。

主席

因為北區跟花東點值較高。

翁德育代表

我覺得是這樣，已經有 1 年的時間讓醫師們去做，但是 1 年內你都不做，那又要說什麼呢？

主席

已經有 1 年不做，那你覺得再 1 年他做不做？

翁德育代表

對呀！還是不會做啊！

主席

那就只剩 75 位醫師能得到獎勵。

翁德育代表

不可能！因為我們獎勵是足夠的，當初我們要用加成的方式，就是希望加成加到讓大家有感，你看別人 1 個月多領好幾萬，你一定會有感，只要去符合資格就可以了，這個鼓勵是很大的，這跟以前什麼都沒有，只要去上些課就有獎勵是不一樣的，那把這個計畫暫緩又有什麼意義呢？

主席

計畫沒有暫緩，就是要取代原計畫，只是最後的條件是否要立即實施，現在就是有最好跟最壞，最好就是醫師數從 384 變 370，最壞就是 384 變 75，大家衡量一下，畢竟最大目的是要追求醫療資源分布均勻，偏鄉醫師可以留得住，再來就是希望留住之後可以多照顧弱勢。

黃福傳代表

可以反向思考，第 1 年有沒有做身障就通通給鼓勵，如果第 2 年沒做就把他別掉。

主席

這就是溫醫師與連醫師都有類似的訴求，但顯然翁醫師堅持，那理事長、主委有建議嗎？我看醫生數是越來越少。

翁德育代表

是增加的比較少，不是越來越少。

主席

基本上跟正常的成長差很多，有些還負成長。

季麟揚代表

是不是提一個折衷方案：在過渡時期，一方面鼓勵牙醫師照顧身障民眾，另一方面原來的服務的偏鄉醫師，可能沒有即時 catch 到政策的新規定，可以讓他原來的獎勵折半，主席剛才的建議也是好意，不要說一下子就全部沒有了。當偏鄉的牙醫師拿到的獎勵只是過去的一半的時候，就會注意到原來現在的政策有新的規定要我去照顧身障的民眾。這樣在政策的推動上比較不會太突兀。

翁德育代表

我覺得大家懷疑的點是多慮了，謝謝季老師給的意見，回頭來想一件事，如果你今天什麼都不做，就給一半，能不能達到服務弱勢的獎勵誘因，可能達不到。我再次強調，一次就提供足夠的誘因，讓你馬上跳下去做，要不然就是沒有。可能你們這樣子都沒有辦法進來，我要反問大家特殊的門檻是很高嗎？我們從計畫通過，就會開始宣導。

主席

開始通過是現在。這是明年就要執行的計畫。

翁德育代表

只要 108 年的 1 月 1 日到 108 年 12 月 31 日只要有做一件就可以了，這個門檻還不夠低嗎？應該是足夠了吧！

主席

現在有 2 個問題，一個身障，一個是開業不滿一年，顯然翁醫師認為到明年年底有 1 年，怎麼可能身障服務做不到。既然這麼有信心那我們看著辦了。另外，新開業未滿一年這件事情。

翁德育代表

我對這個不堅持，確實對新開業的院所比較不公平。

主席

就是新開業未滿一年，依開業的月份去計算。

翁德育代表

我不知道健保署這邊有沒有辦法計算。舊院所 12 個月，新院所就從你開業的

第一個月份開始計算。

溫斯勇代表

開業第 1 個月就要有暫付，感染管制診察費以及安全模組卡會不會有困難？

主席

就趕快去申請，我們雲端申請機構卡(sim卡)2天就可以，現在新開業都不發實體卡，更有效率。

請把這個條件寫進去，開業未滿一年的自開業該月起，要連續符合條件才算。至於有關身障的條件用 1 年去宣導，希望大家都能夠加入。

洪于淇科長

因為採年結算，建議在條文上增列「申報費用之受理日在次年 1 月 31 日以前才納入計算」。

主席

好，第五案就討論到這裡，還有問題嗎？

連新傑代表

新開業解決，但是身障的部分。

主席

身障就是用一年去宣導，明年年底以前只要有做到就可以。我們期待全部都做到。

謝尚廷代表

我們現在符合身障條件約為 20%，如果宣導完後為 40-50%，這樣明年案子會怎麼樣？

主席

這是你們的代價，只有 200 多個醫生因此歸零，錢又拿回總額去分。而且這些診所有一些是長期都有保障點值，對他們來說這就是收入的一環，這些額外的收入會因為這樣而歸零。假設只有 4 成符合，就會有 6 成的人因為這樣歸零，我只是擔心說，這些地方已經不容易鞏固，反而了越來越不均，會不會有新的問題產生？

謝尚廷代表

身障的加入人數多是我們的目標，我們也沒有把握拿多少百分比。

12 個月只要有一個做就好。

主席

重點不是只要看一個病人就好，重點是醫師是否願意花時間上課，只為了看一位病人。也許某個地方很多身障病人要照顧，但卻沒有醫師具有資格，這樣代價很高，所以要鼓勵醫師去上課。要不要接受這個考驗，如果不去上課

可能一年會少掉 50 萬。

謝尚廷代表

今天做決議有 300 多位醫師要通知，請他們去做，會內是否有意見？

主席

可能要通知 468 位醫師，不是 370 位醫師。

翁德育代表

很遺憾牙醫全聯會這麼高度專業自治的團體，這些事情在會內都討論過了，拜託大家好不好。

主席

所以你們會通知所有鄉鎮 468 位醫師。

翁德育代表

對，而且還每一區開說明會，告訴大家這個計畫的重要性。

主席

可能年底以前就要開了。

翁德育代表

要公告才有辦法去開。因應這樣的需求，對於身障的課程我們也會多開。

季麟揚代表

偏遠地區牙醫師同仁，我知道學分是 DOUBLE 計算。另外，我們有沒有辦法可以讓他們上課的成本低一點？例如：其中一些學分提供線上課程，或許是三分之一或四分之一，對他們也是一種方便與鼓勵。

主席

有關課程形式，請全聯會回去討論。先討論到這裡，請務必通知那 400 多位醫師及新開業醫師。

討論事項第六案：修訂「108 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」

張毓芬科員

第 391 頁，核發資格，補充處分日期說明是以上述期間以第 1 次處分日期認定之，含行政救濟程序進行中尚未執行或聲請緩處分者。

主席

有意見嗎？好，再來核發原則。

張毓芬科員

第 391 頁伍、核發原則，加計獎勵部分有 2 項指標，新增行動支付及無障礙就醫環境，核發基礎修正為 10%。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

總核發比例超過 100%。

主席

核發比例為 110%，新增這兩項「新增行動支付」及「無障礙就醫環境」，大家有沒意見？

劉經文代表

這有實際的困難，院所要增加設備，且線路與空間修改不易，這對舊院所非常不公平。雖然中醫總額部門已經同意行動支付，但基本上牙醫與他們的模式不同。我們的設備大多是固定，要修改線路。銀行端也有其考慮，每家做出的結果可能導致落差變大，有些院所規模較大，可能須迎合自費病人因此會需要，但這與署原先概念不同。這是政府的事，為何沒提撥公務預算？這是很實際的挑戰，對所屬會員不公平。這與品質無關。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

我也不支持行動支付列入政策性指標，即使列入政策性指標的加成，必須與民眾就醫有關，是促進就醫可近性與品質，行動支付與此有何關係？某些特定民眾才有行動支付，這是財政金融的事情，與衛生福利部、健保署的業務無關。若財政部、經濟部等部會想增加在台灣行動支付的普及性與流通，應該用其他方法或誘因，讓全國各種商店或企業去增加行動支付的利用率，而不是強迫健保特約院所，還用民眾健保費去獎勵增加行動支付，這點我強烈反對。

主席

無障礙就醫環境可以嗎？

劉經文代表

無障礙就醫環境剛才說過，除非院所尚未開張，也許可以放在診所裡面。但對於我們而言，要更動診所的任何設計是困難的，不是不願意，而是有實際的困難，顯示有 2~12%的院所願意做這件事。倒過來解釋成每個人分多少錢才會得到這種效果，這是不對的。Outcome 完全解釋錯誤。

主席

這兩項都是國家政策。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

如果是這兩項來比，分級醫療的無障礙就醫環境比行動支付更有正當性。這是加成給你，不是倒扣你的錢，而且牙醫做特照多年，如果政府推動分級醫療，又不另外多編預算，用品保款加成，不是用點值稀釋比例在做。我是對無障礙環境的認證機制有意見，早期只有牙醫師公會全國聯合會與我們合作做檢核表，劉醫師所提是否增加改革預算是有可能，但如果檢核表做的好，後面的認證程序-診所需要的無障礙環境的規格與醫院的規格其實不盡然相同。診所不一定要花很多錢做。如果是在特照搭配品保款或是其他牙醫師公會全聯會的檢核表作一些改善，依我們的經驗不會花很多錢。另醫事司明年編列 1,200 萬在無障礙環境改造，你們可能用不到。後續衛福部想讓國健署

做友善醫院認證其實是不可行。因醫療院所歸醫事司管，國健署不懂無障礙，無障礙設施歸營建署管。在早期國健署在「高齡友善認證醫院」已犯錯1次，他的認證完全不符合聯合國高齡友善醫院無障礙設施的規範，我覺得不只是5%新院所可拿到，事實上舊院所也可拿到，而是採行何種認證標準？是否通過品保款當成獎勵的標準，我沒有很堅持，若要從這兩項選擇，無障礙環境改善絕對與醫療可近性有關，不能說牙醫開始做特照，拿了許多獎勵，但是院所完全不符合無障礙環境，所有總額中，牙醫是對做特照在身障部分有加成，所以牙醫比其他總額更有正當性先去推行無障礙就醫環境。

劉經文代表

我們並非反對推行無障礙就醫環境，而是擔心數據被倒過來解釋，事實上有些院所本來就符合條件，也參加此種榮耀的行為。我們擔心未彰顯正向表列部分，卻彰顯負向表列部分，形成未蒙其利，先受其害。這與品質變成倒過來講。

主席

這兩項都是配合國家政策。總之就是廣義的服務品質來看，行動支付也是服務品質的一環，只不過你把它定位可能與醫療無關，基本上民眾就醫要付錢，方便付錢的方式也是廣義的服務品質。用品保款是外加式，未減損原有指標。換句話說若能達成兩項指標，是加分的。對於原未達成兩項指標，是沒有影響的。

劉經文代表

請問外加的意思？另外再拿10%的錢？

主席

沒有。

劉經文代表

怎麼會沒有稀釋的可能性，原來的人都做好是100%，若沒做到10%都沒問題；若有人原來的做好是95%，加分做到100%，相對應，對於其他人就稀釋了。

主席

這個影響有限。這兩項並非每間院所都做得得到，做得到的人可能會影響，但影響度沒這麼高。這是配合國家政策，我們是被要求。

劉經文代表

所以由我們跳出來說目前這個不OK。

主席

這種提供行動支付，對牙醫診所高自費的現金支付更需要。雖然自費與健保無關，但設置後，健保保險對象與自費一般民眾都可使用的到。用行動支付可以減少大量現金交易的風險。

謝尚廷代表

國家政策最近民意沒有很支持，我與滕代表的想法比較接近，無障礙環境與

醫療、民眾就醫的相關性更強。因整個社會的行動支付建置還不完整，要支持國家政策，支持一項，改善無障礙環境以後再循序漸進。

主席

國家希望優秀的醫師當領頭羊，特別是開業的醫師當行動支付的領頭羊，因為你們更能夠接受高品質的醫療服務的支付方式，你們層次比較高，期待比較深，希望你們能帶領行動支付的趨勢。

謝尚廷代表

我們會來宣導，這項行動支付是不是暫時不要放入獎勵指標內。

主席

中醫部門已經同意將行動支付納入品保款指標，而且這是加分題。

許世明代表

基本上放在原來的品保項目，有些是宣示性，我們並非不願意推廣或配合，我們的疑慮是放進去後，造成每年很大的壓力，變成比較的基礎。無障礙環境部分，例如正面表列若有 10%診所提供無障礙設施給民眾，若以負向表列就是 90%診所不重視提身心障礙朋友的權益。行動支付部分，依我們經驗與徵詢結果，事實上願意執行的診所實在是很少，若放在診所裡面僅是宣示，若每年的評核或任何會議，就變成比較的基礎，我們擔心這種情形，並非不願意配合政策。

主席

這是國家政策，建議還是要納入品保款指標，而且這是加分題，如果診所覺得對自己有利，就可以提供這種服務，若配合者少，對大眾影響也是有限。可以考量先不列入追蹤。

謝尚廷代表

不要列入追蹤。

沈茂荼代表

無障礙空間，要如何去認證？

劉玉娟副組長

目前部長指示請國健署做無障礙就醫環境的認定，未來認定的名單，會由國健署或醫事司提供等等，後續還會再開協調會。等官方認定名單送來後，再做品保款認定。

沈茂荼代表

今年醫師公會理事長給我看一張公文，說診所要無障礙空間，他說怎麼會這樣？因為根本做不到。為什麼他會有這種困擾？這些年齡已經將近退休的醫師，怎麼可能去動診所。像我們雲林縣去認證，結果可能很難看，95%的診所可能不合格，怎麼對這些身障朋友不友善，新聞若報導，絕對是很難看，好像越鄉下越不友善。其實不是，鄉下地區醫師平均年齡大，老診所不可能去改，只能盼望新的牙醫師來，開業就做了。國家政策若用這種方式推動，可

能得不到預期效果，還會有反效果。我很擔心主委所說反向效果出現。可以鼓勵診所，但政策寫入一定會有報告及悄悄追蹤。

謝尚廷代表

無障礙空間由衛福部(國健署或醫事司)認證，讓診所貼「無障礙友善診所」或機構標章，曾與幾位理事長討論，對診所的要求其實不高，有設置無障礙斜坡道的板子就可以了，所以執行上並不難。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

並不是有設置無障礙斜坡道就符合認證，我來說明前年有做檢核表，當時是基於不會花很多錢的模式(約10萬以內)就足夠來改，從現有合法的標準，做出符合障礙者要到牙醫診所去看病的基礎無障礙設備，也可以是活動式。107年3月1日營建署進一步整合與公告無障礙設施，在今年或明年也會全面公告實施，將來所有基層院所都要符合這個標準。但差別在是否有錢讓你做。現在就是有筆錢讓你做，無障礙設施可大可小，斜坡道的板與斜率、緩坡道有關。若診所醫師有身心障礙手冊或有身障員工，政府會出錢幫你做職務再設計。因國健署不懂無障礙設施，他所認證高齡友善醫院根本不符合聯合國無障礙設施的規範。所以我們要再向部長反映，認證的標準才是核心。

主席

內容總是會有人再討論，指標先放進去。

陳雅光代表

政策最好不要這樣走，指標放入後，會員一定會問標準在哪？雖然有公告，但連我們開會的人都不知辦法、標準在哪？是否等到都完整且大家也覺得可行後再放入。尤其鄉下的透天厝診所就沒辦法改，以前都會增建。因為新開業院所，工務局就會重新來檢視，約80%不合格，因為要拆除增建部分，才能改名字。因此老診所不敢傳給兒子或他人。在高雄因此有需多民怨，40年前的房屋所有的2次施工都不行。我覺得政策要講清楚、說明白再放進去。

吳明彥代表

主席若答應不列入追蹤，就白紙黑字寫入。

無障礙設施還是請全聯會考量放入，建議全聯會找建築師設計幾種模板。因為隨者高齡化老年人口比率逐年增加，而年輕人也會有需求(例如:車禍造成行動不便)，要讓他們就醫方便；老診所可能設置無障礙設施有困難，但還有新開業診所可以設置無障礙設施。另全聯會要找出來自公部門(品保款、國健署、衛生局)的財源妥為運用，政府並沒有要求全部院所都要有無障礙設施，但你至少要各縣市都要有無障礙的院所，並讓大眾知道，並掌握目前有友善就醫設施比例，成立小組解決這些問題才是當務之急。牙醫全聯會一項都是獲得最高的滿意度，有能力、有資源、也有人才，躲得過這次，躲不過明年。

黃立賢代表(石家璧代表代理人)

牙醫界不是反對這個政策，認證的問題不是代表剛說這麼簡單，如果是眼睛目視叫做認證也是ok的。現在擔心的，這是營建署業務，第1個認證之前，

先拿出你家建照，要怎麼改建不是隨意改。我讀牙醫之前是念土木系。所以很多人不清楚消防等設施，在申請建照、使用執照，這個不是這麼簡單。如果無障礙設施的認證，只需幾位專業醫師用眼睛看，就符合無障礙空間，我想我們可以同意；如果要拿出建照、使用執照，檢查是否符合使用規定，那就不一樣了，這是營建署權責，不是國健署。不做還好，萬一做了，不符合營造規範，可能整棟都要拆。

劉玉娟副組長

有關營建署部分，醫事司有在會議上提到，在訂立無障礙設施相關規範時，後續將與營建署保持聯繫。

陳雅光代表

這部分我們曾與市政府聯繫，有關更改營建署的法規，但這是不容易的，因為營建署公告是全國的法規，且營建署與消防署對於法規的見解不同，曾經請副市長多次出面協調，但還是會出現衛生局 OK，營建署與消防署就不 OK 的情形。

謝尚廷代表

我們比較擔心評核，無障礙環境我們會盡力推動。第一，希望只列入紀錄，雖列入指標，但評核時不要列入評核的項目。第二，是否中醫、西醫、牙醫同步實施，各部門應一致。

主席

因為各總額部門會議時間不是同一天，但依序都會提出，希望大家都能配合列入指標。大家對行動支付及無障礙環境的定義都還有疑慮，所以是否可以先同意列入，另備註待定義確定後再生效。不列入評核部分，本署沒有意見。

謝尚廷代表

列入指標時，資料就會顯示出來。

主席

我們會視情況，若上級要我們提供，當然要提供，但評核是另外一件事。

謝尚廷代表

這兩項指標能否等詳細定義後再做最後決定？例如無障礙的條件？行動支付到底要怎麼做？我們現在完全不知道。

主席

所以先把列進去，備註還沒生效，等到定義都確定後才生效。

謝尚廷代表

如果定義出來，很難執行也要生效嗎？例如說要拆房子。

行動支付比較簡單，先列這題，無障礙這題關係到條件就先不列入。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

辦不到，行動支付跟醫療沒有關係，你剛說這個行動支付，比較沒有跟分級醫療有關係。

許世明代表

第一項行動支付，如果真的有配合政策的壓力之下，我們是同意，第二項的部分，我真的是會比較建議是說，所有的東西比較完整、完善以後，再把它納進去，例如：申請方式、符合要件等。若公告後，我們在座所有幹部被詢問相關問題，因為我們都不清楚，到時候人家問你，你自己都搞不清楚什麼狀況，為什麼要答應人家？這樣我們回去很難交代。

主席

第一個行動支付先列入，第二個是有條件列入(待無障礙環境的定義確定之後)，好嗎？

吳明彥代表

主席，我覺得全聯會要承擔這個責任，你又有錢又有經費應該要早點規劃，你躲得過這次，躲不過明年。你們這麼會管理牙醫總額，一定會有幾家願意改，每個鄉鎮至少要有幾家至少貼 logo，並規劃取得 logo 之後的獎勵，網路也要公告讓民眾知道。都會區大概都沒問題，像理事長的診所那麼好，就是標竿。但是鄉鎮怎麼去鼓勵，可以去想一想，你們絕對有這個能力。

謝尚廷代表

無障礙比如斜坡、廁所的修改，其實不用花很多錢，是有辦法克服。但我們擔心法規問題，其實有些老舊院所，可能面臨到不僅是無障礙的問題，它可能還有其他的問題。舉例：門的寬度，政府規定要多寬，那就是要拆房子，它可能碰到柱或是樑，要拆也不能拆，就是不合格。當然沒有合格只是沒有品保款，也不是什麼嚴重的事，但是我們擔心去檢查完，他的執業執照如果沒有限期內改善，可能就被停掉。

主席

我們也不是每一家都要。一個地區至少有幾家，政策上讓這些人有方便進出的診所，說不定現在就有院所是合格的。

簡志成代表

其基本上，我們是支持這個無障礙設施，但是我們疑慮的是要做到什麼程度。以我的診所為例，連床都推的進來，但是因為舊房子的問題，它的廁所就是在樓梯間底下，根本擴張不了。如果你的評分是要全部條件符合才有，那就不符合。但是如果你定義出來說可能廁所部分不行，它還有 60 分，那就可以。是不是等定義出來，會比較完善去推廣。

主席

我們是不是讓這 2 項加分項目先納入品保款，但因無障礙就醫環境的定義還不清楚，所以大家都存有疑慮，在未經雙方沒有確定前，這個就暫不生效，這樣好嗎？

謝尚廷代表

可以。就雙方確認生效，我覺得還是要讓院所盡量可以執行，讓它比例很高，如果你訂的標準很高，反正無法通過它就都不做了。

主席

好，謝謝。還有其他意見嗎？沒有，下一案臨時動議。

臨時動議第一案：有關 108 年度牙醫門診總額地區分配預算，請討論案。

主席

有關臨時動議的分區預算，健保會已經通過，本署無意見，就通過了，好不好？

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

我有意見，健保會通過有一個指標的說明，包括今年的評核會都有提到，牙周病統合照護計畫就是 90%預算是用分區的醫療利用率、執行率來分配，25 點多億，剩下 10%考量民眾實際就醫需求與現行醫療利用率不盡然相同，所以要牙全會跟健保署訂一個民眾就醫需求的指標來做分配，這樣有沒有想起來，而且 10%是牙全會你們回應評核會。因為健保會通過當天我人在現場，我的意思就是說這個指標在哪裡？你如果現在提不出來，以後要補，因為這個東西要提健保會備查。

翁德育代表

我這邊說明一下，實際上只講 90%執行率跟 10%R 值給大家知道，一定會有很大的困擾，那只能怪我們會內的共識不足，先把我們想法跟大家報告，因為它本來是在專案，在專案裡面預算的分配，誰有做誰就拿錢，所以它事實上是執行率，我們現在回到一般，一般就是 R 值，那我們在六個分區 R 值的執行率有太大的落差，那我要怎麼辦，第一年就要把它落實到 R 值，有的分區就死的非常慘，就會影響到民眾的就醫權益，所以我們希望花 5 年的時間，慢慢地讓它從利用率、執行率轉換成 R 值，這是我們的用意。所以回過頭就是說，如果 90%是執行率，那另外 10%其實它就是 R 值，它不能再放其他所謂的利用，利用是在執行率那個方面去的，所以 R 值一定要放進去。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

那就等於沒有指標，這樣你怎麼回應評核會，評核委員還是會問一樣的問題。

翁德育代表

我們知道應該要把它完整的說清楚，其實我們應該從執行率慢慢地，5 年以後，第 6 年完全轉換成 R 值，它是過渡時期的一個分配公式而已。

主席

這個不是書面資料第 401 頁的說明二(五)嗎？但這邊沒有提到 90%。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

對，(五)是 90%，就是執行率，但這 25.272 億，就是 90%的錢，剩下 10%用 R 值，就是 3 億多。

主席

所以就是 90%依執行率，10%用 R 值。這還是可以操作，有什麼問題嗎？

全民健康保險會 陳燕鈴組長

補充說明，107年7月評核會議評核委員也有提出建議，因此在健保會11月份委員會議時也將該建議納入討論。目前牙周病統合照護經費的90%採醫療利用作為分配參數，與民眾實際就醫需求不盡符合，故委員會議決議，關於移撥經費用於牙周病統合照護計畫部分，請以民眾需求為前提，妥為規劃其執行方式與預算分配。其精神就如同剛才醫界代表所提規劃以5年為緩衝期，但實際執行方式如何操作，健保會則授權健保署與牙醫界討論。就目前提案內容，完全沒有說明相關規劃或想法，因此再將健保會的決議向大家說明，有這個方向需要努力，因為某一區的牙周病需求可能比較大，經費跟著需求走，才是地區預算分配的精神，以上說明。

許世明代表

說明一下，因為在健保會開會，很多委員也沒有提出這方面，所以那天也沒有做進一步的討論，當然依學理來講，預算分配應該是以民眾就醫需求，對於就醫需求調查的研究，我們全聯會在實際執行面真的會有困難，當然如果說健保會或政府單位願意做一個大規模的民眾就醫需求調查的話，當然我們也是樂觀其成。

以現行的執行面來講，所謂的執行率可以代表某一部分的就醫需求，以我們目前可以拿出Data的是這個樣子，其他Data我想現階段大概很難去做到，這是我們目前唯一可能可以做的事情，至於老師們跟健保會的建議，如果說可以明確的指出全聯會可以做到的部分，我們盡量去達成。

滕西華代表(林惠芳代表代理人)

在健保會的時候，你們也沒有反對，要不要做這個指標，我沒意見，這是牙全會跟健保署的專業，比如說提到的牙周照護裡面，哪些是高危險族群，它的盛行率那一區比較高，或者是危險因子是什麼，這些都在當時的會議資料有，如果盛行率的部分，牙全會在牙統有提到盛行率，或是那一些人是比較容易得到牙周病，你們在考慮10%分配的時候，可能就給盛行率比較高的，多分配一點金額，我這只是舉例，並不是說你們要這樣做，這樣就會回應他們那邊的需求，這是當時的資料，但並沒有說要以這個為基礎，只有說要考慮這些因素。既然是在討論地區分配預算有提到這些，評核會也有提到，我覺得你們可能要放心上，就是說你講R值，剛翁醫師也提到1-5年遲早也是要建立這個指標，總不能到第5年才做，我覺得這個東西，可能你要保留那10%全部都是R值，除了R值以外，也有人口校正包括高風險這個部分你們還是可以帶進去，我覺得這個可能要多回應評核或是健保會，R值一樣可以帶，如果它是盛行率比較高，高危險的人口比較多的話。

許世明代表

我們會依全聯會現行掌握的資料，試著去跑跑看，但是困難度我剛講過，第一個是公信力的問題，第二個就是我們可能沒有辦法做這麼大規模的部分，再加上台灣地區比較狹小，六分區裡面除了少數疾病可能會有比較差異性以外，我想大部分差異性應該不是那麼大。關於監控的部分，我們當初是以5年進度，但是逐年來檢討，所以也沒有限定5年之後才會回歸百分之百R值，

我們明年提出方案可能就會做檢討。

主席

至少第 1 年是 90% 依執行率，10% 用 R 值，現在規劃預計用 5 年慢慢把 R 值到 100%，這個就把它留下記錄。至於說 R 值是不是最好的衡量指標，或者是有什麼可以取代 R 值的，就是在這段時間內好好研究，至少明年的六區分配先這樣子來做分配，其他大家有沒有意見？沒有，臨時動議就通過。謝謝大家。