

牙醫門診總額研商議事會議 107 年第 4 次會議紀錄

時間：107 年 11 月 20 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	石家璧	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	(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	滕西華(代)	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	王秀貞(代)
徐代表邦賢	蘇東螢	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

陳燕鈴、陳思琪

中華民國牙醫師公會全聯會

黃立賢、柯懿娟、邵格蘊、

許家禎、施弈含、潘佩筠

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

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

(請假)

王文君、楊淑娟

林巽音、許雅婷

林淑惠

洪穰齡

施怡如

劉翠麗

張如薰、薛琬貞

白姍綺

李冠毅

(請假)

劉玉娟、劉林義、谷祖棣、

林淑範、洪于淇、王玲玲、

韓佩軒、宋兆喻、李佩純、

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：洽悉。

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 107 年牙醫院所感染管制之查核情形，待各分區完成初查及複查後，函送衛生福利部醫事司、心理衛生及口腔司及疾病管制署參處。
- 三、有關輔導牙醫醫療機構符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」規範及偏鄉地區巡迴醫療之感染控制，請中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙全會)研議，於下次會議提出改進方案。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年第 2 季點值結算結果報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第 62 條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q2	浮動點值	0.8951	0.9736	0.9571	0.9717	0.9798	1.1093	0.9406
	平均點值	0.8937	0.9710	0.9554	0.9687	0.9775	1.0990	0.9411

- 二、各季結算說明表，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：108 年度牙醫門診總額預算四季重分配案

決定：

- 一、108 年各季預算按 105-107 年各季核定點數計算如下：第 1 季 23.776233%、第 2 季 24.697522%、第 3 季 25.643881%、第 4 季 25.882364%。
- 二、108 年牙醫門診一般服務之點值保障項目比照 107 年保障項目，即除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，其他不保

障。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：108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：會議時程如下，請代表預留。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	3/5 星期二	5/28 星期二	08/27 星期二	11/26 星期二	12/10 星期二
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

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：牙周病統合照護計畫 108 年導入一般服務規劃乙案。

決議：

- 一、有關「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合治療實施方案」及支付標準，同意增列於支付標準第三部第五章，並增列牙周炎病人收取自費規範相關規定於第三部牙醫通則，請牙全會就簽署自費同意書部分加強向會員宣導。
- 二、執行本方案前，須至全民健康保險資訊網服務系統 (Virtual Private Network, VPN) 進行牙周病統合性治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。並增列於「牙周病統合治療第一階段支付」之支付規範。
- 三、修訂「牙周病統合照護計畫」納入一般服務之審查注意事項文字。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，提請討論。

決議：本次會議修訂重點如下：

- 一、有關第三部牙科通則之轉診科別，新增口腔病理科，申報代碼為 92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C；費用由非協商因素預算支應。
- 二、同意修正診療項目規定共 3 項：
 - (一) 定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C):由 90 至 120 天申報 1 次，修正為 60 天。
 - (二) 非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C):本項適用距前次追蹤治療期間由超過 120 天者申報，修正為超過 180 天。
 - (三) 週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C):新增週六申報，每月看診天數限制，由原 ≤ 25 日修改為 ≤ 26 日，費用由提升假日急症處置服務 115.3 百萬元支應。
- 三、同意新增診療項目共 6 項：費用由提升假日急症處置服務 115.3 百萬元及新醫療科技 12 百萬元支應。
 - (一) 牙齒外傷急症處理：
 1. 支付點數 4,976 點；本項公告修訂後，由牙全會提供服務內容、查詢資訊及注意事項等，後續將一併轉知教育部。
 2. 請牙全會向民眾宣導牙齒脫落的黃金治療時間，並於本項公告後三個月內提供有能力施作本項之院所名單，供本署放置於 APP 讓民眾參考。
 - (二) 單側顱顎關節鏡手術：支付點數 19,677 點。
 - (三) 顱顎關節障礙初診特殊檢查費：支付點數 1,000 點。
 - (四) 顱顎關節障礙複診特殊檢查費：支付點數 500 點。
 - (五) 單側顱顎關節障礙乾針治療：支付點數 500 點。
 - (六) 單側顱顎關節沖洗：支付點數 1,400 點。

- 四、修訂牙醫急症處置(92093B)、牙周骨膜翻開術(91009B、91010B)、手術拔除深部阻生齒(92063C)等 3 項診療項目支付規範文字。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「108 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」內容，提請討論。

決議：

- 一、同意修訂照護人次:由 117,000 上修為 128,700 人次。
- 二、同意修訂氟化物防齲處理(P30002)之重度以上患者之施行頻率，由 90 天限申報 1 次，修正為 60 天。
- 三、特殊狀況之複合體充填(89113C)支付點數由 800 點調升至 1,000 點。
- 四、有關失能老人之定義文字，新增修訂為 ADL (日常生活活動量表) < 60 分。
- 五、同意刪除特定治療項目代號之 L3(失能老人)。

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、執業計畫：
 - (一) 同意巡迴服務增列四級地區，巡迴論次支付點數訂為平日 4,000 點、假日 4,300 點。
 - (二) 執行目標「減少牙醫醫療資源不足地區」數由 35 個調增為 37 個。
 - (三) 同意服務量管控，「每月平均每診次申請點數」由 2.2 萬點調增為 2.5 萬點。
- 二、巡迴計畫：

- (一) 執行目標「組成醫療團」數由 18 個調升為 19 個、「設立醫療站」數由 14 個調升為 22 個。
- (二) 同意本計畫增列四級地區，巡迴論次支付點數訂為平日 4,000 點、假日 4,300 點。
- (三) 社區醫療站設置之施行地區新設立牙醫保險醫事服務機構且參加本方案執業計畫，必要時請牙全會協調社區醫療站與新設立保險醫事服務機構之執行方式及診療期間。
- (四) 同意服務量管控，「每月平均每診次申請點數」由 2.2 萬點調增為 2.5 萬點。

三、部分未完成項目將於臨時會繼續討論。

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

共有 10 項，第 2、3、5、7 項會列入今天的報告，故解除列管，第 4、8、9、10 也已經完成，第 1 項(X 光開放以 JPG 檔案上傳)、第 6 項(請牙全會回復 180 天內重複執行全口牙結石之專業意見)則繼續列管，沒有意見的話就進入第 2 案。

報告事項第二案：牙醫門診總額執行概況報告

主席

投影片內容有關感控部分，要請各位代表特別重視，只抽查 270 家，其中沒有申報感控的不合格率為 53%，有申報感控的不合格率也有 9%，第 30 張，不合格較高的項目是在滅菌消毒設施，牙科感控若做的不好，會透過牙科媒介傳染的疾病不少，例如 B、C 型肝炎，如果因此造成感染，這是一個問題的來源，請教各位專家的意見。

連代表新傑

牙科感控經過這幾年訪查，已經進步很多，申報感控者常見的不合格項目是未注意消毒液已經過期，或是沒有使用滅菌的消毒液，經過輔導訪查後都已經改善，沒有申報感控者，常見於一些老醫師，這些經過連續訪查未通過者也已經移送衛生局處理。所以目前各分區沒有申報感控院所的比率已愈來愈少，雖然有一些醫師進步比較慢，但還是有改善的空間，這幾年每年召開感控共識營，希望能給這些院所及醫師再處理的時間。

謝代表尚廷

全聯會及分區能做的是從健保的管控去做，但其他如衛福部醫事司或地方衛生局也有公權利的單位也應負有責任，全聯會可以做的的方法已經盡出，感控是以 100 分為目標，還有 9%的不合格率還有加強的力度，我們會再看看是否與衛生局間能否有更大的力度合作，將剩下的 9%做改善。

吳代表永隆

醫審室目前對沒有申報 SOP 的院所都有加強力道，未申報感控者診察費較低，也不能參與品保款分配，未來是否請各分區對這些院所加強審查，另外我們在抽查之前有開說明會，我想未來幾年內合格率應該會再提升。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

請問診間環境的清潔度、適當的滅菌消毒設施項目的基本要求內容為何?如果該項目不合格是少了什麼?可否再說明清楚一些，此外第 29 張投影片，為何東區都未申報感控?

溫代表斯勇

東區幾乎全部都有申報，所以他們幾乎沒有未申報感控的院所。

主席

補充說明，已申報感控與未申報感控者的差別在診察費，院所自認有達到感控標準者，會申報感控診察費，感控的標準請參考第 264-265 頁，目前有約 90%的院所自認有達到感控標準，所以會申報感控的診察費，餘 10%自認沒有做到，所以未申報感控診察費，不論有無申報感控，我們會對這些院所進行抽查，由牙醫師依據第 264-265 頁的標準，由分區同仁陪同到診所進行評量、複審。

連代表新傑

感控共識營已行之有年，不論是對抽審醫師或對被抽審的診所，我們都會做宣導，所有項目的不合格或合格，都備有圖例及檔案說明，可以會後提供講師簡報給委員參考。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

目前感控只有與品保款方案連動，請問健保署符合感控與未符合感控院所其診療結果品質是否有差別。如果二者沒有差別，為何需要多補助診察費？

連代表新傑

澳洲曾有新聞，有 AIDS 病患至牙科就診，但澳洲沒有保險制度對感控有額外補助，故因此有 AIDS 因次而擴散，台灣為何沒有此狀況，是因感控已實施多年，這應該是我們努力的成果。

吳代表永隆

現在的牙科不論是軟、硬體應該都可以讓民眾耳目一新，通常醫師在感控都會自我要求，雖然有 9-10%院所可能因為擔心行政程序麻煩而未加入感控申報，牙全會未來會研擬方案鼓勵這些院所。

陳代表雅光

高屏區曾做過這樣的問題研究，我們曾把衛生局請來，但衛生局推給疾管署，後來把疾管署請來，疾管署說醫院訂有感控標準，診所則尚無，因科別太多，無法各科都一一訂定，進一步詢問可否訂定牙科最低感控標準，疾管署無正面回復。當疾管署都無標準時，我們只能道德勸說要求並鼓勵診所做到感控，但有部分診所醫師認為無法泡消或填報行政表格較為麻煩，不願意參與，致雖然一直推行但無法全面申報感控的原因，除非政府全面規定施行才是斧底抽薪的方法。

許代表世明

事實上院所應該要符合現行的感控標準，包括在健保這一塊，對於未申報感控的院所，目前我們的手段只有鼓勵沒有強制的措施，看到今天的結果也是滿難過，我們也會去對各地方公會要求，希望對於這些衛生不好的院所，去了解情形或是困難，再看看如何協助和輔導。

申報感控的部分，我們目前的措施就是停止申報，目前比較缺少的是追蹤監控的部分，這部分我們回去會再研議，針對有申報的院所，有不合格的部分，看看有甚麼方式讓他符合標準，我覺得感控部分是應該做的，尤其又拿到額

外的費用。

吳代表明彥

基本上牙科和內科不太一樣，牙科所接觸到的是口腔，這是一個相當大的感染源，你不能跟內科比，內科基本上就是表面看一看、問一問，就做診斷，那牙科應該要對自己要求更高，我看到軟體方面，有 9.6%是器械滅菌消毒不合格，這個是很恐怖的事情，我覺得全聯會應該要把這件事情看得很嚴重，將來是要用比較深的標準去做，不一定是醫策會做，也可以是中華牙醫學會，請問這個是誰去做做訪查和 SOP 之類？

主席

牙全會。

吳代表明彥

以我對牙科的了解，這個數據是有可能是低估的，因為大家都是認識的，我覺得牙全會要有一套標準，很長遠的計畫，這個 9.6%是相當高。而且你都寫得很清楚，這些管理方面要怎麼去，你可能有圖或是拍影片的方式，老年醫師你就要多鼓勵或派人去幫他，就要想盡辦法，你不可以說他不想做就真的不要做。那長期的話，我覺得要有嚴謹的標準，你不一定要自己來做，也可以給中華牙醫學會或醫策會來做。如果真的做得好的給更多的獎勵，這個牙全會可能要好好去考慮，這個在口腔裡面是相當恐怖，這一塊如果連器械消毒都沒做好，看了大家都會怕。

申代表斯靜(蘇代表主榮代理人)

代表區域醫院協會第一次發言，因為看到這樣的不合格率是相當恐怖，牙科整體在全台灣的就醫，診所扮演非常重要的角色，個人認為 CDC 和衛生局應該要當責去做管理的動作，不要等到哪一天有愛滋的擴散過程當中，才要當成一個嚴重的事件去辦理，我相信以學會或協會的角度，在法源管理性上面，力道一定會有所不足，但還是要挺牙科的學會在訂定標準的過程中要去結合我們的管理部門。然後對於這一次，如果有檢查不合格，應該要有限期改善，才能確認到底有沒有完成，然後再沒有限期改善的話，我覺得甚至要勒令停業，類似像這樣的管理方式。

溫代表斯勇

我想在這裡還是重申一件事情，這個叫做「加強感染管制診察費」。加強的意思是超越了目前院所的設置標準，其實我們的主管機關每年都會去院所檢查，我相信開業執照還能夠繼續用的話，應該都是符合目前國家的感染管制的督導考核標準，這個費用 90 點的差距是用意在「加強」，我們是加強符合更高標準時候要通過，才能夠拿這個診察費。

吳代表永隆

簡單回應一下兩位代表的問題，牙全會現在設定的檢查是相當嚴謹的，是有兩位審查的專家配合一位分區同仁，三人一組去醫療院所做檢查，兩位審查

醫師各拿一份檢查表分別打分數，各個代表可看到第 264-265 頁，3 項硬體、9 項軟體，如果有哪一項不合格的話，兩位還要再溝通，如果有確定哪一項不合格，當場請院所醫師簽名，這個審查表才算完成，讓這個醫師知道說他是哪一項不合格，不合格之後，一個月內提出申復，三個月以上才可以申報這個 SOP 的審查費，所以目前在檢查上牙全會是相當嚴謹的，沒有問題。

黎代表達明

關於感染管制的部分，大概 5 年前我擔任當理事長時，在醫院我是跟 CDC 溝通做了一套標準，剛才也報告過了，事實上在醫院雖然訂了標準以後，我們也有參考用在牙科 PGY 為單位去看，確實有發現這幾年，開業診所一直在進步中。

在醫院裡面為甚麼他會有一個比較好的方向，因為醫院整個大環境和評鑑掛鈎的關係，譬如說我們的牙科，整天都有我們的感管委員會來看，都有很清楚的人力在幫忙查核，目前在各個單位在診所查核上，人力是有限的。

今天有申報和沒申報的部分好像差 83 塊，事實上在設備上面是差 3 倍，增加的經費在醫院裡面我們是完全沒有辦法去跟各個單位申請的，都是自己吞下去，所以為甚麼醫院一直被壓抑他的成長，因為醫院成本的壓力很大，但大家不太了解。所以我想為醫院裡面的表達一下，這樣的給付對於醫院來說是非常的辛苦，但我覺得慢慢鼓勵應該是有辦法繼續往前走，但我是覺得有棒子應該也要有給蘿蔔，這是我們建議。

謝代表尚廷

我最後做個建議，這是兩方面，目前我們牙全會做的都是鼓勵項目，其實剩下 10% 左右，他們不接受鼓勵，因為他們覺得這個是行政流程，牙全會會在下次提出辦法，針對這個 10% 沒有參加的，以及有參加但沒有通過的 9%。

剛才有看到 6 千多家中估計有 5 百多家不合格，確實很多，我們對於這個感控及格分數是 100 分，99 分就是不及格，所以這是第一個，牙全會這幾年的努力確是有改善，但我覺得好像到了一個瓶頸，10% 的人就是不參加。

第二個，每年衛生局事實上是去查核診所，但侷限於人力不足，這應該是我們這個有行政權的兩個單位醫事司和心口司，然後從地方衛生局來做，所以剛才提到的蘿蔔和棍子，我們牙全會沒有工具只能做蘿蔔，那棍子的部分要請心口司及醫事司這邊來做一個比較有效的方式。

主席

請問心口司的意見？

陳代表少卿

這個問題我們帶回去研議，因為這個牽涉到地方稽查人力的問題，以前我擔任台北市政府疾病管制處處長時，牙科診所年度稽查有 1 千多家，如必須執行稽查的感控項目確有難度，我覺得應該是帶回去討論，看跟牙全會或剛才

代表建議的中華牙醫學會，我們怎麼再把資料或者抽查的這個部分取得共識。

主席

有關「加強感染管制診察費」，剛才溫醫師提到這是比較高的門檻，其實並不然，這叫基本配備，只不過在支付標準裡頭寫的比較好聽而已，如果我們把現在的標準和國外比較，這還不叫做很好的標準。

第二點，牙醫治療確實是侵入性的治療，現在有太多疾病會透過侵入性治療發生交互感染，如果你使用的器械未確實消毒的話，這個途徑會一直擴大，如果大數據分析出來，因為這個途徑而造成感染，那它的外溢效果是讓西醫的總額去承擔的，並不是牙醫自己在承擔，也有可能醫糾，所以我是真的很嚴肅的講，這件事情是不可以再把眼睛矇起來，好像只是為了診察費。

接下來看大家同不同意，或者還有其他的建議？第一，我們把現行在的感控標準函送 CDC 和心口司，看現行標準是否符合牙科的感控標準，跟國際比較，我們還有那些須要待改善；第二，這次不合格的名單(包括沒有申報感控的院所)函送給醫事司或心口司，透過行政體系去追蹤，大家覺得可以嗎？藉由大家的監督，讓這件事情的改善速度快一點，而阻斷所有可能交互感染的風險。

謝代表尚廷

同意。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

我沒有要反對您的建議，但如果在這裡決議，因為它是屬於總額的查核，不合格是應該要改，但是你沒有跟人家講一聲就把他的名單直接給主管機關，這樣可以嗎？好像應該要跟人家講一聲，你們行政去確定一下。因為你是因為總額需要去訪查，這個名單如果是要公布在健保署的網站或總額的名單上我是覺得 OK。我也很贊成要讓 CDC 去訂標準，醫事司或心口司去輔導他。

主席

請問心口司覺得如何？

陳代表少卿

不合格的家數 39 家這是第 3 季，那是不是還有前面？

主席

每年做一次查核，多數已經完成查核但因還有分區還沒完成，所以數字還沒有完全呈現。但是，現在心口司是牙科的主管機關，或者我們就移給心口司去決定要怎麼辦，可以嗎？

陳代表少卿

不過在地方稽查的部分，不管是非預警稽查或定期稽查，這就是醫事司對於地方衛生局在做的行政管理、授權的部分。

劉副組長玉娟

我記得台北市衛生局有在依 CDC 的管控指引，然後每年進行稽查，另感控會列為院所的病安，所以醫事司和 CDC 原本就有地方衛生局的督導權，都有相當的行政效果。

主席

所以是移給 CDC？心口司？

劉副組長玉娟

因為心口司是一定要給，他是我們口腔衛生的主管機關，那在管理上我會建議 CDC 和醫事司一起函知請其協助。

主席

就兩階段，先把這件事情通知相關的主管機關，因為我們沒有可以進一步去做甚麼的權限，但是這件事情是需要被重視的，如果相關主管機關不知道有這樣的情形，我們有義務告訴他，所以我們先把完整的投影片、查檢表、初步結果，以及現在進行查檢的內容，函知 CDC、醫事司和心口司，請他們對於這個問題表示意見，如果他們認為也覺得沒關係，那就沒關係，如果他們覺得有關係，需要我們進一步提供查檢不合格的名單，那我們基於部內的行政互助，我們會提供。至於他們要不要請衛生局去查檢，或有其他的方法，我們就尊重他，這樣可以嗎？可以。

第三點，剛剛理事長講說，下次會議你們要提出研議辦法，我們也列入會議記錄，好不好？以上這一項，大家還有沒有其他建議？

許代表世明

這麼多不合格原因裡面，有沒有細項的原因條列出來？我們剛才在查，一般在評分的時候都寫是那一項不合格，但是資料這邊全聯會是沒有，因為有的是單純行政上的紀錄的話，這部分應該就不太需要，但如果屬於那種比較重大的瑕疵或缺點，那再移送的話是可以的，你們先做個統計了解一下，謝謝。

溫代表斯勇

這些名單有的已經申請複評通過，全部移送好像怪怪的。

主席

我們要看主管機關的反應是如何，如果他認為不需要提供名單，那我們也不必，那他如果覺得有進一步去讓這件事情做更好的需要的話，我們當然會提供，那要送名單之前，會再跟全聯會知會確認。

李組長純馥

解釋一下，因為我們資料上面顯示是初核結果，或許後續會再請分區提供複核通過的家數，因為有一些可能已經複核通過。另外，北區還在查核作業中，那我們等結果都完整後再處理。

主席

等最後告一個段落後，再把結果彙整送出去。大家對於這份執行報告還有沒有意見？

季代表麟揚

我們真正要解決的是問題，所以這個消息在不正確的報導和解讀之下，可能會對於台灣民眾在前往牙醫診所就醫時，產生不必要的恐慌，但這件是有立刻改善的必要。

另外，這些查核項目，當初跟牙醫診所講的時候，是講有這些最好，沒有的話好像也不會處罰你，現在變成說你沒做到，我就要把你公告或採取一些處罰的措施，這樣就會跟當初講的是不太一樣，這樣會不會對這些牙醫師有點不教而殺的感覺，重點是要讓這些牙醫診所趕快跟上世界的潮流，如何做好這件事情，提升程序行政上的完備。

主席

謝謝，這件事情我們是不會媒體曝光的，我們一定是先內部檢討，也希望大家能夠正確地傳達，你們自己訂的標準要自己去遵守。

再追加一項，麻煩理事長下一次提出管理計畫的時候，也把偏鄉巡迴醫療的消毒算進去，因為那一塊算是現在大家沒有看到的，因為離開診間時候，帶出去的巡迴醫療是行動的，偏鄉的居民也需要感控做到位。好，如果沒有其他的話，這個報告就討論到這，謝謝大家，接下來第三案。

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

好，今年第2季的點值結算，大家有沒有意見？平均點值9.411，好，沒有意見我們這個案子就算通過。再來第四案。

報告事項第四案：108年度牙醫門診總額預算四季重分配案

主席

好，謝謝。4季重分配占率的部分，大家有沒有意見？

劉專門委員林義

另外跟健保會有關，因為每年都要詢問有關保障點值的部分，請問牙醫門診一般服務之保障項目仍比照107年保障項目，就是藥費的部分。

主席

好，大家有沒有意見？好，沒有意見，第四案就通過，接下來第五案。

報告事項第五案：108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，大家有沒有意見？好，第五案就通過，接下來討論事項第一案。

討論事項第一案：牙周病統合照顧計畫 108 年導入一般服務規劃乙案

王科長玲玲

第 88 頁附件 1-3，等一下也會配合補充資料一併說明。本次是新增全民健康保險牙醫門診總額牙周病治療實施方案，支付內容將於支付標準第三部中增列第五章。針對本次內容不一樣的地方，提出說明，如果雙方都同意的部分就略過不說。

比較重要的部分是在通則三(三)，執行本方案須到 VPN 進行牙周病統合性治療實施方案的登錄及查詢該病患是否曾經接受牙周病統合性治療，如一年內未曾收案，始得收案執行，未登錄不得申報本方案。另外在第 89 頁(七)，X 光片費用另計，治療期間內限申報一次全口 X 光檢查(限申報 34001C 及 34002C)，主要是 34001C 根尖周 X 光攝影跟 34002C 咬翼式 X 光攝影屬於口腔全部攝影，為明訂「一次全口 X 光」定義，請全聯會說明 34001C 跟 34002C 之醫令數量到底是多少代表著全口的 X 光攝影。另外，是否要規範一定期間內可於雲端查詢系統查到全口 X 光片的患者資料者，不需要再拍攝全口 X 光片？這項是不是就先討論？

吳代表永隆

這個全口性 X 光片是因為有一些醫師在收案時，之前的 P1，他會用全口 X 光片來收案，但這個部分是沒有支付費用，等到完成 P3 的時候，有些醫師會利用根尖片來檢查病人術後的效果，所以這個一次性全口 X 光片的檢查是指我們在整個治療過程當中，只有支付一次的 X 光片費用，不管他是在 P1 的時候照 X 光片，或者是在 P3 後續檢查的時候，我們原則上只同意一次的 X 光片費用，這個 X 光片是指根尖 34001C 跟 34002C。

主席

他是「及」還是「或」？

吳代表永隆

「或」。因為他在全口根尖片的時候，比如說他會照根尖片，有一些會照咬翼片，會同時申報，因為在牙周病的 X 光片裡面，首先這個數量最多成人的根尖片是可以照到 18 張，但是因為有牙周病的病患，通常牙齒沒有那麼多，所以 18 張是最高申報量，通常都會小於 18 張。

主席

所以原條文的限申報 34001C、34002C，這個是「及」嗎？

吳代表永隆

對，「及」。

主席

好，然後現在修正為「及」。另，醫令數量請再說明。

吳代表永隆

因為每個病患的全口數量不一致，通常牙周病醫師在照根尖片時，最多 18 張，但是以現在的病人，坦白講，通常醫師是不會照這麼多，但是我們只能定一個天花板的數量大概 18 張，至於實際上多少張，要看個人嘴巴剩下牙齒多少顆。

主席

好，這個是為了雲端系統查詢時可以知道大概最多幾張，好，這個部分文字修正，如果修正成健保署的建議內容有沒有意見？

溫代表斯勇

請教一下健保署說明第 2 點的意思，真正的意涵是什麼？是否就是要求院所「不須再拍攝全口 X 光片」，以節省費用？

王科長玲玲

這裡有提到「治療期間內，限申報一次」，主要是因為現在已經有很多家醫療院所可以上傳病患 X 光片的檢查報告，我們想要瞭解的是，如果這個病患其實沒有多久前才照過，並上傳雲端查詢系統，牙醫診所即使可以查閱到資料還是必須要拍攝？還是每個治療的病人無論有沒有上傳影像，就算最近才照過，在診所做治療，也一定要再重照。

許代表世明

如果說有診斷的需要，可能可以就去看一下，但是以根尖片來講，因為你自己院所還要存檔，而且還有術後追蹤的問題，所以基本上屬於你這邊指的全口 X 光片是 34001C 跟 34002C，大概就是每個診所都是不一樣。至於 Pano 部分就按我們現行的雲端查詢系統去處理就可以，因為有時候申報必須附上我們院所資料才能申報費用，只是一個參考診斷我們是同意，但是屬於那種申報的部分，自己院所還是需要分析 X 光片。

主席

好，全口的 Pano 最好不要一直重複拍攝，非必要盡量不要讓病人再去接受輻射暴露，現在 JPG 檔也可以接受，所以將來就是透過雲端分享。牙周病統合治療實施方案的全口 X 光片檢查是必要嗎？如果是的話，這個部分是不是就照列？文字要怎麼樣修正？

王科長玲玲

就是（七）的部分還是要照列。

吳代表永隆

另外再請問醫管組，通則三裡面他收案會執行 91021C，因為今年都是 P4001C，會有過渡期，因為明年執行 91021C 的檢核是用今年的 P4001C 來檢核，要載明在文字嗎？還是不用？

谷專門委員祖棟

不用，我們會跟資訊搭配說新的醫令什麼時候上，就用什麼號碼去勾稽。

主席

好，如果釐清的話，大家沒有意見，就下一個修正案。

王科長玲玲

第 90 頁，在通則二「牙醫師申請資格」、「申請程序」跟「審查程序」這一段，（三）「一至三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點…」，這項跟牙全會這邊有討論過，把期間的認定寫得更清楚，「前述違規期間之認定，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）」，這個是我們雙方都同意的文字修改。

另外第 93 頁，配合補充資料第 1 頁，有關通則五收取自費規範，全聯會是把牙周方案收取自費規範整個移列到這邊，請各位看一下抽換資料裡面的健保署說明，主要是因為要同步規範第五章牙周病統合治療實施方案外之牙周炎治療案件，建議將「收取自費規範」規定，從原第五章牙周病的通則裡移列到第三部的牙醫總則第七點「牙周炎病人收取自費規範：牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及全民健康保險法第 51 條所定，不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向牙周炎患者收取自費，本項自費項目之收費標準，應報其縣市主管機關核定」，下列 4 項為原本牙周方案裡面所定，在（二）「違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 13 條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知之次月起一年內，不得再申報本部第五章全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合治療實施方案相關費用」。文字的描述，請大家翻開抽換資料第 3 頁，第三部牙醫通則，增列第七點。另外在抽換資料第 5 頁，就是原本第五章牙周病統合治療實施方案的通則，原本自費的規範已經從通則拿掉，整個移到第三部牙醫通則，以上先討論。

主席

有關牙周病統合照護計畫 108 年導入一般服務後，這個時間點就不能再收取自費，這是長期大家取得的共識，現在就將這些文字納入牙醫支付標準總則。但這項裡面還是有一些項目是允許收自費，是全聯會這邊極力說明的那 4 項，雖不具實證但確實有人收自費，但是必須經由病人同意並簽署自費同意書，本項收費必須依衛生主管機關核定的收費標準範圍內來收取，假定除了這些以外，再有自立名目收費，就用特約管理辦法來處理。大家有沒有意見？

溫代表斯勇

首先，簽署自費同意書，在健保法已經有規範自費的收取，是否不要在支付標準通則特別規範？第二，是否要規範簽署自費同意書？其實如果他違規，比如剛剛說超過那些我們認可的項目，他本來就有規定可以去做管理，但是一定要簽署同意書的話，變成他雖然是收取屬這 4 項裡面的自費，但是如果沒有簽同意書時，直接就是違規，就可以用特管辦法管理特約院所，我覺得有

一點太過增加行政流程，這個部分是否應該要有一些討論？

謝代表尚廷

我們原本那邊通則裡面有寫，可依病人需要向其詳述理由並獲同意自費後使用，他移到這邊以後就變成要簽同意書，是不是獲得病人同意就可以？有需要一定要簽同意書嗎？

主席

其實簽是保護您們，以後如果有收費爭議，可以出示同意書。

謝代表尚廷

對。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

是保護你們，而且現在都電子病歷，你也不可能讓病人在電子病歷上簽名。

許代表世明

因為目前我們在牙特部分，他裡面有一些差額負擔。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

不是差額負擔，是自費。

許代表世明

對，我知道自費，因為一般在西醫部分應該是說有同時申報健保項目，但是有些自費部分他應該要另外收取自費。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

自費也要同意書。

許代表世明

現在法令有規定要嗎？

主席

不給付項目也要簽。

許代表世明

沒有吧。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

有，現在西醫都被要求要簽同意書。

溫代表斯勇

是不是規定簽同意書、要不要書面同意，跟這個要綁在健保支付標準裡面，我覺得其實是兩回事，既然同意書的部分就是要病患同意，如果只要說病患願意同意自費就好了的話，健保署已經善盡管理牙醫院所的責任，至於牙醫院所要不要讓病患簽同意書，那是他在醫療機構的經營者他自己要負擔的責任，我個人覺得這個不要把他放到合約裡面的規範，就是不要用特管辦法可

以直接規範到簽署自費同意書這件事情。

許代表世明

因為目前好像沒有相關法令規定診所在看診的時候，收取自費一定要簽署同意書，這個部分是我們是比較不瞭解，當然如果有法令規定的話，就不需要討論。

申代表斯靜（蘇代表主榮代理人）

這個在辦法裡頭其實都已經是非常普遍，當然我們不太確定牙科是不是沒有被規範到，倒是可以再研究，在醫院裡頭是全部大大小小的金額全部都要在病人的自費，因為我們太常面臨很多病人最後會去告，如果醫院是沒有收取病人自費同意書的情況下，醫院都是屬於敗訴，我們都不能跟病人收費。

謝代表尚廷

長期我所瞭解，像做假牙、矯正，大概都是病人同意才開始做治療計畫，病歷大概多數人都有記載，但是沒有特別去簽一個同意書，當然我們擔心是說，把同意書這個列入，變成沒有簽同意書，這個突然讓大家改變習慣，不知道怎麼簽同意書，萬一沒簽就是違反規定、違反通則，當然我們會宣導他簽同意書是保護自己。

李組長純馥

因為原來計畫就有允許這 4 個項目可以收取自費，目前也只有針對這些項目簽署自費同意書，需要釐清到底您們是跟民眾收取的項目，因為確實會有民眾拿收據來跟我們申訴說您們巧立名目。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

我覺得可以，因為假牙跟植牙不給付是全國 2 千 3 百萬人都知道，我不想植牙自費，你還硬幫我植一顆嗎？不會！因為民眾向來對於牙周病納入給付的速度進程其實都搞不清楚，所以早期在沒有全部納入試辦計畫時，我覺得牙全會也很棒，自己用一個自律規範說如果你不符合這個試辦計畫，你跟人家收費還是要明列。如果只有這幾項，負擔沒有很重，有制式規格讓病人簽，應該對你們比較好。

謝代表尚廷

針對牙周病這 4 項必須簽署同意書，請溫醫師說明。

溫代表斯勇

剛剛主席從之前都一直強調說，不管是原牙周病統合照護計畫，或是現在要變成牙周病統合治療方案，都是說因為提供了這個方案以後，不應該再收取自費。若是一定要簽署自費同意書，建議把它移列回方案裡面的規範？這樣比較嚴謹，對整個方案的內容也很完整，我覺得是可以接受的。

但因放到通則就是通案，若今天他沒有執行這項方案，病患因為有嚴重牙周病的某一個區域來的時候，如果要執行時，他就一定要簽署同意書，我覺得

這個狀況跟一直以來這個牙統計畫是已經照顧了全部的治療都完成以後，你再要收取自費應該要很嚴謹是不同的，這個病人一進來以後，他就已經是需要做自費項目也要這麼簽同意書，我覺得真的會造成很多的困擾，是不是可以放回在原本方案的規範，這樣的建議不知道理事長同不同意？就是只有放在方案裡面。

王科長玲玲

考量牙周病計畫已經從專案導入一般服務部門，原則上還是希望如果沒有在方案內的病人，在以論量做牙周炎治療的時候，如果有自費需求，或者是牙醫師認為他需要使用一些自費項目時，原則上也應該跟牙周方案的規範是一樣，不應該因不是方案內的病人就有不一樣被收自費的標準。

主席

牙周病治療進入牙周病統合治療方案是一個方法，但部分病患沒有進入牙周病方案就是使用支付標準表中相關項目作申報，一樣都是在治療牙周病，只是沒有做完整評估及後續第三階段，但是支付標準表項目跟計畫第二階段是非常類似的，現在討論的幾個項目都是在第二階段做的為主，也是會碰到有些醫師說服病人做一些自費項目，例如抗生素凝膠，這些是不是該被同等對待？這就是搬回總則的原因。請問還有沒有其他意見？

謝代表尚廷

當然填同意書是有習慣就會填，所以現在會針對這四項要開始印同意書給會員。

主席

這個會很多人都收嗎？據我了解，有少數診所會鼓勵病患做這些，但不普及，而且全聯會認為這不是有必要的，所以才需要病患同意，當然醫師需要跟病患好好溝通。大家還有沒有意見？

石代表家璧

剛剛主席有講這是第二階段，我建議還是要寫同意書，目前做第二階段手術都需要病患同意。簽同意書時，我們會跟病患解釋手術過程中會放一些東西，這些東西需要自費，這對醫師跟病患都是一種保障。分享以往沒有簽署同意書的經驗，並造成糾紛。

主席

對，因為病患有時候說不清楚，根本不清楚為什麼會被收這麼多錢，不管金額多寡，病患忘記了事後來申訴，我們也很難回溯，當然要有一個憑據會比較好，大家不用再為這種事情爭執。

牙統是一個包裹式給付，總共有三階段，有些人沒有經過這三個階段，直接進入治療，這些病人應該也會用到這些項目，應該要等同對待，只是不知道自費項目的金額是多少，如果這些收費金額有一定的標準，如果是幾百元病人可能不在意，如果是上千、上萬元，事後他搞不清楚，如果有收費糾紛會

很難釐清。

許代表世明

同意書部分我們還是比較保留，因為沒有相關法令規定，如果我們在這裡同意，回去會員會問說為什麼一定要寫，這會很困擾，治療部分在實務上一定會跟病患講清楚要做什麼、多少費用，另外這份同意書就跟手術同意書一樣，真的有糾紛時，手術同意書也不一定算數，事實上會有爭議的還是會有爭議，至於署的美意我們會再宣導，或者先給會員一些版本看看能不能做，如果可行的話，每年我們也都會檢討修訂，是不是同意書的部分再研議？

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

健保署講得有道理，我也覺得這是對牙醫師的保障，不要太高估病患的記憶力，什麼叫糾紛？我以為當時的「同意」不是同意！或者是我誤會你的意思，不然差額給付為何要讓病患回去想三天呢？我覺得有兩個方式，第一個是，如果沒有簽同意書就能證明病患同意，就提出方法，就不必有同意書，第二個是現在要求病患簽同意書，如果不簽特管辦法要罰，那你不簽的理由是因為要特管辦法先不罰是嗎？如果是這樣，不簽，特管辦法暫時不罰，那要怎麼警示？又不能證明有簽沒簽的差別是什麼，可以接受有宣導期，不然特管辦法與給付標準是工具，你不簽又不能證明他同意，對於健保署來說管理上會有麻煩，這不是只有醫糾的問題，絕對不是簽與不簽的問題，不簽所帶來的成本會比你想像的更大。

謝代表尚庭

我能理解我們同仁的擔憂是，有些人真的沒有習慣簽，結果沒簽就違反特管辦法，可不可以先讓全聯會宣導這件事情，也印同意書，如果有需要的院所可以跟全聯會購買，但暫時先維持原條文，就是先不要有同意書這個條文，因為擔憂有些人一不小心沒簽就違反特管辦法，先緩衝一年，如果大家都習慣了，明年再修正這個條文，好不好？

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

如果去查核的時候，醫師要如何證明他有取得病患同意？

謝代表尚庭

一般都不會有問題的。如果有到分區業務組投訴，業務組都會叫我們退錢。

申代表斯靜（蘇代表主榮代理人）

我查了健保法「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，這是在101年就制定的，裡面已有相關規範要求，如果健保署提出核價建議，還在審理的過程中，還是可以收自費的；已納入給付品項但不符合健保給付規定者，也可以收取自費；經審議不納入給付的項目可以收取全額自費；以及已導入Tw-DRGs裡面列為自費的項目也可以收取費用；還有各項手術時所需之手術一般材料費。

所以剛剛牙科所提的，在我們醫事機構裡面其實已經是習以為常的，要做到充分告知且簽立同意書，以保障保險對象及機構的權益，在手術或處置前的

原則通通都有規範，我相信牙科太多自費項目以至於沒有遵從這樣的規範，跟我們的消費行為是不一樣的，像是進百貨公司也沒有在簽同意書，就只是銀貨兩訖，只是這個辦法是很早就在規範的，所以請主席再裁示。

主席

這就是一個通則。今天列的四項自費項目主要藥品及材料，都是在手術或處置過程中再加進去的，本來就應該寫同意書，而且這四項還是全聯會爭取的，也有討論過，為什麼不納入？為什麼要民眾自費？但全聯會回答這些不是必要，是選擇性的，有些還是沒有實證基礎的，既然這樣就不應該納入，那還要跟病人收自費，你們說只有少部分會收，於是為了避免爭議，最好還是在大家同意之下進行。

謝代表尚庭

請主席裁示。

主席

好，全聯會剛剛說要再去宣導，我們就暫列進去，你們才有依據可以去宣導，一段時間之後，我們再來檢討，因為剛剛申代表所念的辦法，這四項通通都符合。有沒有問題？暫列就是列入，請全聯會盡量協助會員，避免有爭議時大家百口莫辯，也能跟病人好好說明當時他是有簽這張同意書，是有同意的，糾紛比較容易釐清。

王科長玲玲

第一案修正還有一項，第 95 頁「牙周病統合照護計畫」納入一般服務之支付標準表，其中 91012C 牙周病統合治療第一階段的支付，全聯會原先建議要把 VPN 登錄的規定放入支付標準表，本署認為已經放在支付通則，不需要重複放，但全聯會考量許多醫師只會看支付標準表，不看通則規定，所以本署同意將這項規定放入支付標準表。

主席

這項有沒有其他意見？這項也是依照全聯會建議。

許代表世明

想確認一下，97 頁附件這裡是對的資料，但是對回去第 69 頁好像有誤植，也就是 91023C，第三階段的第三點是 91022C，應該以第 97 頁的為準。

主席

請醫審及藥材組說明第 103-104 頁的審查注意事項。

張科長如薰

這裡提到要把一些原本計畫所列審查時應檢附的資料列入審查注意事項，本組討論後，有做一些調整如議程資料 103-104 頁的內容，目前規劃是以這樣的方式納入審查注意事項修訂的方向。

主席

第 103-104 頁的內容全聯會有沒有意見？

黎代表達明

101 頁的支付標準表上為什麼會寫小於 30 歲的患者？

主席

這是第一階段原本就這樣寫的，有要修正嗎？

黎代表達明

不是都要附 X 光片嗎？字義上是小於 30 歲的患者才需要嗎？

石代表家璧

大於 30 歲也可以用。

主席

好，第 103-104 頁大家有沒有意見？

吳代表永隆

104 頁第 9 點的說明還要再確認一下，要照原版本修訂。

張科長如薰

原來第 9 點是寫申報牙周病統合治療，專業審查時若經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案的要求，院所需檢附個案治療後的臨床資料，這項規範是跟原計畫文字一樣，只有一句是「之後執行個案得要求…」，是否要落款時間。

吳代表永隆

全聯會同意健保署所列的「文到一年內」。

主席

該醫師一年內執行個案就要檢附治療前、後的照片，這樣可以嗎？從他發現有問題之後的一年內，如果沒問題第一案就通過，第二案。

討論事項第二案：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

請教牙科成本估算的部分，比如從第 17 頁的各項成本估算，有發現顱顎關節相關費用或牙齒外傷等等，都有提到行政人員費用，從 19-23 頁行政人員費用都是一樣的價格，但其實做的事情是不一樣的，後面說是批價或其他行政業務，每個人是 5.9，耗用 2 分鐘，我不確定西醫有沒有把行政人員批價的成本算到支付標準裡面？其實這個在共擬會議裡面討論非常多，而這裡有把批價行政人員成本算進去，但後面又沒有，第 49 頁就沒有批價人員了，我就有點不太懂，第 47 頁就更妙，行政人員耗用時間在牙齒外傷是 177。

主席

成本分析表是牙醫團體提出的，稍後會有修正說明，包括批價、作業時間成本，但我們先照順序討論，這些到新增項目的成本時再討論，先從 52 頁轉診的部分開始。

王科長玲玲

52 頁是修訂第三部牙醫通則，在現行通則中針對轉診可以加成 30%，部分訂定牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、牙體復形科等，口腔病理科是這次要新增的科別，是將口腔病理科的轉診代碼納進來，這些案件可以申報 30% 加成費用，全聯會表示現在這些都是口腔顎面外科在接受轉診，只是再細分由口腔病理科接受轉診，不會增加內容或新增費用，但我們實際上去看了口腔病理科的費用申報，6 項診療項目申報的醫令數，是有費用產生的，推估到 108 年費用約為 148 萬，目前大約有 66 位口腔病理科醫師，其中有 6 位兼具口腔顎面外科醫師身分，所以資料中有一個執業分布的表格是已經扣除這 6 位醫師，其餘在醫學中心有 36 位，區域 8 位，地區 2 位，基層 14 位，再請全聯會說明，基層 14 位醫師接受轉診之後是否能接續後續的治療，因為我們希望接受轉診之後能夠將治療一步到位，而不是轉到病理科之後，還是無法做後續的治療，又要再轉到其他院所做治療。

主席

90% 牙醫師都在基層，在基層也是有牙科專科醫師，今天要新增的是口腔病理科，也有提到這 6 個醫令，是需要轉診給口腔病理科醫師做接續治療，一般牙科醫師比較難處理。但這 6 項很多都是難症或癌症、壞死之後的傷口照護，這 6 項是診所也能夠治療的嗎？還是一定要到設備比較齊全的醫院？是要限定醫院醫師還是診所醫師也可以，這要定義出來。

吳代表永隆

首先針對在通則上增列口腔病理科的轉診，其實是對全國 66 位口腔病理科醫師長期對牙醫的重大疾病貢獻，一點點象徵性的意義，剛才主席講的有 14 位口腔病理科醫師在基層診所，我們的醫令有 6 個，所費點值大約只是 1 百多萬，大概有 2 個在 B 表，B 表當然是在醫院以上病理科醫師才能接受轉診，C 表的部分，因只有 14 位醫師，我相信實際上發生的醫令是相當地少，所以我認為這個部分我們還是接受。

主席

所以你們認為 C 表部分它是可以處理，就算是轉診到 14 位醫師的話，是應該給予 30% 加成。有關轉診，你們過去的經驗都會公布那些醫師可以接受哪一類的轉診，讓會員知道，那你們這裡會讓會員知道說，診所這 14 位可以接受是後面 C 表的部分？

吳代表永隆

是，我們會在牙醫手冊上註明。

主席

一定要好好註明，避免把第 1、2 項也轉診給 14 位基層的醫師，那病人還要再轉一次，可以嗎？這個也列入紀錄好嗎？互相提醒，然後你們就寫入你們的轉診手冊裡面。我們就用 B 表跟 C 表來勾稽，這樣可以嗎？

王科長玲玲

補充說明，雖然預算推估大概 148 萬左右，還是要請全聯會跟我們說明本項

148 萬的預算來源？因為 108 年並沒有這項預算。

吳代表永隆

我們今年的非協商因素有 8 千多萬，從非協商裡面自行吸收。

主席

就列入紀錄，這一項大家有沒有其他意見？

王代表秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，請問一下，這些轉診範圍費用都是在牙科門診總額發生嗎？

主席

對，牙科門診，轉診也是轉診到牙科的病理專科醫師。沒有意見，我們就下一個修正。

王科長玲玲

請翻開 55 頁，有關牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)，全聯會說明為增加文字說明，讓臨床醫師在判斷申報上面比較有依據，因為是不增加費用，所以我們也同意修訂。

主席

好，這個文字是全聯會所建議，大家有沒有意見？如果沒有意見，就下一個。

王科長玲玲

56 頁，92063C 手術拔除深部阻生齒，全聯會主要是針對註 1、註 2 可申報的範圍，做文字上面的修訂，是為了有利於臨床案件的審查，原則上也是不增加費用，我們也是同意修訂。

主席

好，這個部分也是按照專業的建議來做修正，大家有沒有意見，沒有意見我們也是同意修正，再來。

王科長玲玲

第 57 頁，92090C 定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療，本項主要是申報次數由原來的 90 天~120 天申報 1 次，放寬為 60 天申報。本署預估費用的統計，是以實際從原本 90 天~120 天申報行為，模擬成 60 天去申報，107 年會增加 4,008 件，又以年成長率 22%去推估，108 年大概會是 4,890 件，本項的高推估費用大概為 293 萬，這一點也是要請全聯會說明預算來源。

謝代表尚廷

自行吸收，用非協商裡面的費用來支應。

主席

好，大家有沒有意見？沒有，我們就修正通過，接下來。

王科長玲玲

58 頁，92091C 非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療，這也是類似前案，從申報 120 天改成 180 天 1 次，我們預估是減少費用 2 萬，以上說明。

主席

好，這個也是抵掉了，有沒有意見？沒有，就算通過，接下來。

王科長玲玲

第 60 頁，92093B 牙醫急症處置，支付點數為 1,000 點，依會前會的說明，目前本項申報是以中文的適應症去認定，所以主要是新增整個診斷碼，為了讓臨床申報更為明確，不是放寬適應症，所以不會增加費用，我們是同意修訂，但是這一項同意修訂之後，會依診斷碼去增設醫令自動化檢核邏輯。

主席

好，大家有沒有意見。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

我有意見，我不是要對錢有意見。請問 92093B 跟資料附件的第 11、12 頁民眾緊急臨時牙痛處理流程跟原則，有沒有關聯？因為沒有議題是討論這些附件，可是這裡只有寫說，一個是牙醫外傷急症處理資訊網加入申請書及民眾緊急臨時牙痛處理流程。沒有寫到說是 B 碼還是 C 碼，我不知道跟那裡有關係。

主席

這部分是全聯會流程，剛剛提的第 12、13 頁，會在第 61 頁 92XXXX 牙齒的外傷急症處理的時候，一併討論第 10 頁開始的那一部分資料。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

那是外傷，剛剛講的是牙痛不一定是外傷。

主席

這個是有點像緊急處理，並不是因為外傷。牙齒外傷急症處理，那是更嚴重，就是斷齒或者是骨折。我們先看牙醫急症處置這部分，這部分當然也是有一些比較緊急的狀態，因為這裡的牙齒是斷裂，下面牙齒是脫落、脫位，所以更嚴重的是在下面。好，因為你們有增加一些代碼，我們也會列入電腦自動化檢查邏輯，有沒有意見？沒有，就通過，接下來下一案。

王科長玲玲

第 60 頁，92094C 原週日及國定假日牙醫門診急症處置，這次牙全會要放寬到週六也可以執行，另外針對註 2 的部分，為當月的看診天數 ≤ 25 日，修改為 26 日，若超過則本項就不予支付。另外針對適應症的部分，有增修一些 ICD-10 代碼，這點，要請牙全會說明從每月看診天數從 25 日調整為 26 日之理由，因為增加週六，一個月有 4 週，現在只說明由 25 日調到 26 日。另外第 3 點，依支付標準精神，本項診斷碼到時候會增設醫令自動化的檢核邏輯。本項推估以 106 年週六申報本項適應症之主或次診斷碼，且搭配看診天數的限制，推估費用增加如下，如果搭配看診天數 ≤ 26 天，大概是 59.4 百萬點， ≤ 27 天大概是 67.3 百萬點， ≤ 28 天會是 68.8 百萬點， ≤ 29 天大概會是 69.1 百萬點。全聯會推估本項的費用大概是 1.42 億，跟我們推估的有點差距，請全聯會說明計算方式？本項的費用在 108 年是用其他醫療服務利用及密集度的

改變，提升假日急症處置的 1.15 億支應。

連代表新傑

現在我們週六看診的家數逐漸在減少中，我們希望增加這個部分，讓本來一些週六沒有在看診的院所，能增加週六在看診，當然我們同時又擔心醫師會不會過勞，不希望他 30 天都在看診，所以我們把原來的 25 天提高到 26 天，署裡面估計是用現有的資料來算，可是你沒有辦法預估到增加院所的數量，所以我們用增加院所的數量去推估。

主席

你認為禮拜六看診的院所會增加多少？我們列入紀錄追蹤。因為你們很積極的爭取預算，但爭取到之後，假日有沒有實際出來提供服務，是不是需要被監督？

連代表新傑

因為基本上我們希望增加的院所數，然後他提供的是急症的數量，急症的數量是看開診的比例去推估，因為禮拜六開診的家數會比禮拜天多，我們是用看急症的比例來推估，那你們是用推估的天數，依原有的申報量來算，我覺得中間可能會有點落差，至於會增加多少家？目前沒有明確的數據可以讓我們來做，因為現在有些我們醫令的代碼，比如說院所申報急症的，他可能沒有辦法申報這些醫令代碼，沒辦法在數據上呈現，所以我可能要看實際上執行才能知道，我們之前推估是看家數比跟急症發生的比例來推估。

主席

所以你是希望加入週六之後，建議診所至少一個月要有一個週六出來看診，是這個意思嗎？不確定是哪一個週六的時候，民眾也不知道要去，以為你沒開。

連代表新傑

我的意思是說必須要在 VPN 先登錄，跟之前要求的要件是一樣的。

主席

在 VPN 登錄，但是民眾不知道，你們要在 APP 上面登錄你禮拜六要看診。

連代表新傑

那個其實我們同步就上去了。

翁代表德育

現在一般牙醫院所，週六是有看診的，我們有把院所開診的比例寫出來，我記得我們週六的開診率是遠比週日要來的高很多。第 2 個就是說署這邊的意見，是以 106 年週六申報本項適應症的主或次診斷碼，所以是根據我們原先的週日及國定假日牙醫門診急症處置的這個代碼來做估算，是不是？

主席

用週六申報的來估算。

翁代表德育

對，因為週六我們原先是沒有牙醫的急症處置的這個碼，所以很多醫師他在申報時，也許他的這個國際病理並不會針對這個碼去做處理。

主席

就是沒有正確申報。

翁代表德育

對，我們有很多疾病事實上是可以申報這個碼，但是因為在週六看診，根本就沒有這個急症處置，所以他不會去 care，就算他發生了也沒辦法報，所以他在申報的時候，主診斷碼或次診斷碼可能不會 for 我們原先的 92094C。當然這樣的估算是沒有根據的沒有錯，但事實上我們真正發生的應該是很多，如果我們沒有謹慎的使用這個週六牙醫門診急症處置，他事實上會爆量，我們擔心的是會爆量，所以我們也贊成在適應症裡面，一定要做一個電腦自動化邏輯的檢測。

主席

好，你們還是認為 1 個月看診 1 次就好，然後資訊就放在我們 APP 上面讓民眾查詢，對不對？然後禮拜六也可以來申報這些碼，所謂的 800 點急症處置，對不對？你們原來最後的預算是 1.15 億，那你們預估是 1.45 億，所以確實是高，但是無論如何這 1.15 億進來，當然是希望週六的開診率會高一些，那我們就持續追蹤看看，讓有急症的人能夠得到處置，好不好？這個同步列入紀錄，就是要追蹤週六開診的診所家數有沒有增加，這一項如果沒有問題，就通過，接下來，下一項。

王科長玲玲

第 61 頁，新增牙齒外傷急症處理，本項支付點數是 6,000 點，主要限恆牙申報，適應症為外傷導致之牙齒脫落或脫位，不得同時申報 89006C、90004C、92002C、92093B、92094C，而且申報本項需向中華民國牙醫師公會全國聯合會申請加入「牙醫外傷急症處理醫療資訊網」，這是牙全會的建議項目，有幾項要請牙全會說明的，首先，本項醫師能力是不是要經過認證，第二，如果醫師能力需要經過認證，是不是建議把原本註 5 改為「限中華民國牙醫師公會全國聯合會認證的醫師申報」。配合上述的修改，是不是把註 5 的資訊網，改為由全聯會認證，相關申請表單置於全聯會網站即可。另外，前述認證名單，請牙全會定期提供給本署，以利置放於本署的 APP，供各界查詢。本項也是會依支付標準的精神，依照診斷碼去增設醫令自動化的檢核邏輯，全聯會所提的適應症跟我們確認的診斷碼中文名稱，我們列了一個表格，請說明所列的這些診斷碼，基層院所是不是有能力提供治療，或者還是要轉介？另外，全聯會的費用估算是以診斷碼 S03.2XXA「牙齒脫位之初期照護」預估增加費用的原因是什麼？這項我們依全聯會送來的成本分析是 5,165 點，本署校正之後，因主治醫師成本、設備費用，還有我們有刪除行政人員的費用，以及使用房屋折舊的差異，經校正後的點數為 4,976 點。

有關支付標準表，請看第 69 頁，本項就是牙齒外傷急症處理，是本署校正後

的版本，但是這有幾個數字要做更新，第 1 個是行政人員，原本是一人每分鐘成本 5.9，耗用的時間是 30 分鐘，成本小計是 177，這一項是整項刪除。所以在成本合計會變成 2,932 點，接著到最後直接成本合計，會從 4,854 變成 4,677，在作業及管理費用會從 311 點變成 299 點，所以成本總計是 4,976 點。

跟滕西華委員說明，第 17 頁開始都是全聯會送過來的版本，本署校正的只在 69 跟 70 頁。只有兩項的原因，是因為其他的項目，全聯會所送的成本，已經低於本署校正的成本，所以我們採計全聯會的版本。

請看第 63 頁，預估費用請將 5,165 點改成 4,976 點，整個預估費用請將原本 1,623,460 修正為 15,620,748，所以預估費用大概是 1,562 萬，本項預算也是從 108 年一般服務裡面的其他醫療服務利用及密集度的改變，提升假日急症服務的 1.153 億支應，這兩項按照本署推估並沒有超過原本的預算。

主席

就是連帶 65 頁顱顎關節鏡手術跟顱顎關節障礙初診診察費還有後面一共有五項都有支付點數，除了前面剛剛 6,000 點有修正以外，其他的你們送來的成本，經過我們核算之後，比你們還要高，所以我們就用你們的點數，尊重你們自己列的點數。好，那我們就先回到 6,000 點的這個，大家有沒有意見，剛剛有說明就是第 69 頁成本的校正，本來你們看到是 5,165 點，現在是把行政人員併到作業及管理費，就不重複列計，所以又做再次的修正，就是 4,976 點。然後財務評估是 1,500 萬，有沒有意見？

黎代表達明

我最近碰到一個病人，他上下牙齒都壞，壞掉不只 8 顆牙齒，所以我們申報時是乘 1 還是乘 2？還是說用 2 來做標準？

連代表新傑

當初設計這個部分，是用論次，這是有點包裹式的處置內容，那們希望用次，而不是乘以 1 或乘以 2。

主席

牙齒如果真的脫落，理論上這個外傷急症處理，我們期待的是你再把它種回去，所以才會有 6,000 點，因為依你們提出的是，把它種回去，所以才是最緊急，然後還要讓他保存那一顆牙齒，所以你們的 SOP 裡面，看起來是要做這件事情，剛黎醫師講的，應該不是要種回去吧？

黎代表達明

有各種的狀況，假設這個狀況，要種回去是其中一個選項，而且要種回去大部分是越年輕的，時間越短的，越要種回去，這是標準作業。

主席

不管年不年輕，只要能種回去就種回去。

黎代表達明

不是，因為要看病人送來的時間，如果在 60 分以內的成功率是 90%。

連代表新傑

我們還是希望缺牙能在黃金時間內趕快處理，我們為什麼設計一個這樣後面的醫療網，其實就是希望要送對地方，民眾、學校的校護要知道送到那邊，這是在學校非常常見的情況，包括運動也是很容易發生這種意外，送到了醫師要趕快立即性的處理。因為就像黎代表講的有黃金時間，過了成功率就降低，大家希望能在第一時間內做適當的處理。

主席

現在應該也是有這種病人，現在是送到醫院的急診嗎？

連代表新傑

對，可是很多醫院的急診不是牙科的，送了也是白送，就是只有照顧骨折或者是其他的。

主席

骨折你們可以怎麼處理？

連代表新傑

如果是比較輕微，就是脫位的話，我記得我們這邊設定的是牙齒的脫位跟脫落，然後這兩項為主。

主席

脫位可能骨折了。

連代表新傑

不一定，就是輕微的。

主席

這個也可以當場處理讓它復位？

連代表新傑

對。局部的可以，開放型的當然不行。在估算支付表準表診斷碼，拿掉開放型的原因在此。

主席

開放型的一定要到医院。很多人會暴露在這種風險，因為不知道有「黃金時間」的概念，也不知牙齒要保存。這要先向社會加強宣導，在「黃金時間」內要存保牙齒，還要找到對的診所，這會影響治療效果。學會或公會要向社會加強宣導，要列入紀錄。

連代表新傑

基本上希望各公會在名單造冊公布後，提供名單給各縣市的中小學的學校，那些院所有能力提供緊急照護的宣導名單，萬一學生臨時發生牙齒掉落，能盡快移到院所處理。

主席

由誰來發公文比較好?請全聯會提供可能的服務內容、如何查詢資訊及應注意的事項給我們，後續或許可以函文給學校併同一個附件，順便宣導我們有 APP 可查詢。

謝代表尚廷

下次提供。

翁代表德育

第 61 頁，回應署的意見，雖然在會內通過，還需與其他單位尤其是醫院，向大家報告，在牙齒外傷急症處理第 5 項，申報本項，需向中華民國牙醫師公會全國聯合會申請加入「牙醫外傷急症處理醫療資訊網」，大家(醫院代表)一定要看到這個文字，若沒加入就不得申報。我們的用意事實上不是在限制醫師的能力，而是希望醫師們既然有此能力，就加入「牙醫外傷急症處理醫療資訊網」將大家組織起來，大家都加入，就可上 APP 及公告。

主席

你們何時可以提供有能力處理的診所名單?請公告後 3 個月內提供，後續我們會置放到 APP。之後我們函文給學校，連同 APP 宣導一併宣導。

翁代表德育

想要詢問醫院有沒有意見?

王代表秀貞(謝代表武吉代理人)

謝謝翁醫師的提醒，剛才在想這項公會是否對所屬會員宣導?因為我們看不到申請程序與資訊網等作業規則，請公會對所屬會員及醫院發文提醒與宣導，大家一起辦理這件事會更順利。

吳代表明彥

申請就會准?還是你們內部有審查程序?

翁代表德育

申請就會准。

主席

第 10~14 頁就是為了這件事及民眾自助緩解的方法，最後變成 1 個 package，轉給學校。第 10 頁「牙醫外傷急症處理醫療資訊網機入申請書」是讓醫院及診所填寫。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

請看第 13 頁，主席提到相關附件，其中現場諮詢流程，在倒數的菱形-確認要去那家?幫您問或要自己打電話?需要協助的，提供全民健保行動快易通 APP，這個流程怎麼符合轉診辦法?我都來到這裡，醫師沒辦法幫我看診，應該要幫我轉診，怎麼可以叫病人自己去查 APP，應該給病人轉診單，健保署怎麼可以同意?應該用全民健保轉診規定。

主席

這是全聯會提出的版本，這幾個流程應再仔細研究。

溫代表斯勇

向各位委員報告，因為沒有真正進入到看診，只是在櫃台詢問由行政人員提供諮詢，當時初擬稿設計滕代表說明這部分是指病患臨時就診時與櫃台的行政人員洽詢的階段，而非已由醫師診察過的階段。

主席

怎樣讓民眾有個指引，若是要轉診，應進入醫療程序，因為沒辦法處理才轉診，不過流程的設計還可以更好一些，包括第 14 頁，會後兩方再商量流程能更簡明，讓學校的校護更容易理解。若發生狀況，校護能在第一時間將小朋友送到適合的院所

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

溫醫師的說明與我要問第 48 頁的成本分析表的疑問是一樣的，因溫醫師說明行政人員會協助判斷病人是否要進入看診的程序。可是在第 48 頁裡面，雖然你們後來都同意行政人員的費用被刪掉，可是在裡面說明，我也堅信可能診所是由行政人員或牙助在對病人判斷是否要進入看診的程序，我覺得這樣非常不好。也就是說已經是嚴重外傷，應由護理人員或醫療人員判斷這位病患是否診所有能力診治，而不是由行政人員判斷。除非今天相關口腔衛生人員法通過之後，會認證某些人可以做輔助醫療人員的角色才可以做這件事情。如果署與牙全會同步檢討這些流程與注意事項，我覺得溫醫師的說法可能要再三思，是否真要由行政人員判斷。病人已經來到診所，已經流血很痛苦，還要自己查 APP，就在家查就好，還要來診所請你幫我查 APP，即使是諮詢程序，我覺得已經不符合專業的期待。

連代表新傑

這是當初我們草擬，感謝滕代表相關意見，我們會後再將流程妥善修好，再提供給學校。

主席

這很重要，既然有黃金時間就表示在搶時間，千萬不要一站一站去問，時間被用完。

李組長純馥

若院所申請加入「牙醫外傷急症處理醫療資訊網」，應通知在院所附近的學校名單，讓學校知道附近有有能力緊急處理孩童牙齒外傷的院所，不然等學校拿到院所名單還要按址尋找。公會一直以來都有和學校聯繫，包括孩童塗氟，是否有可能由院所主動與學校聯繫？

謝代表尚廷

在都會區，每個學校周邊有很多診所，但鄉下就比較少，由學校自己去找學區附近有有能力緊急處理孩童牙齒外傷的院所是在醫療網內的。若每個院所去找學校，校長可能不知挑選誰。

主席

因考量要找到有能力處理孩童牙齒外傷的院所，或許可以在公文建議學校找

幾家院所保持聯絡。

謝代表尚廷

像牙醫制度已經推行已久，我相信資訊網的很多院所本來就與學校合作長期在照顧孩童牙齒。

主席

可是不一定有緊急處理能力。

謝代表尚廷

我們會盡量推廣，讓名單確實去做連結。

主席

有多少比例醫師可以做緊急處理。多數或少數？

許代表世明

專業來講應該是大多數。

謝代表尚廷

對。主要是他願意，這是緊急處置，這是無法安排時間，有些診所是有能力做，但病患排的很滿，遇到緊急情形還是會處置，但是現場的病患就要延後。

主席

若有遇到緊急情形，現場的病患就要延後處置。就像推進急診室的病患，大家都有惻隱之心，會讓他先處置。我們給學校的公文再更周延宣導此事，讓這個醫令的美意可以落實。第 65 頁以後，請醫管組說明

王科長玲玲

第 65 頁以後有 5 項支付標準修訂，原則以全聯會提供的推估人數做費用估算，請全聯會提供推估人數的依據。另顱顎關節鏡手術全聯會建議點數 22,000 點，本署校正後支付點數為 19,677 點，主要原因是用人成本的差異。這 5 項支付標準都以 108 年一般服務-協商因素成長率-保險給付項目及支付標之改變-新醫療科技 1,200 萬預算支應。

主席

只有 1 項校正後比全聯會提供要低。

謝代表尚廷

沒有意見。

主席

顱顎關節鏡手術支付點數修正為 19,677 點，其他照表訂。

連代表新傑

稍微修正，請註明顱顎關節鏡手術(單側)，不然容易誤解。因為有可能單側或兩側。

主席

做兩側就是乘 2

連代表新傑

對。

徐代表邦賢

不同部位 procedure 做 2 次，會發生兩側的機率不高。

蔣代表偉凡

第 67 頁，顱顎關節沖洗應該也是算單側。

主席

好，也是單側，就做修正。

連代表新傑

第 67 頁，顱顎關節鏡手術的註，之前有修正，92XXXB 顱顎關節鏡手術的特殊檢查費，所有的特殊探查費都按署的意見改成特殊檢查費，但這次第 67 頁前三項特殊探查費都沒改成特殊檢查費。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

如果是雙側，醫師可以同時進行？會影響到病人的情況？若雙側很罕見，可以同時手術嗎？還是要依照支付標準，不能同時做？

蔣代表偉凡

顱顎關節同時發生問題的機率是比較少，同時要進行兩側的處理在文獻上不常見，若是前後隔半年或 1 年發生是有可能，需要同時要進行的不多，至於有沒有風險性，要看醫師的技術，任何手術都有風險，但就醫德、學理上，比較不會同時做，因為做了一邊有明顯改善，另一邊才會接續做。

主席

大家還有意見嗎？沒意見第 2 案就結束。接下來第 3 案。

報告事項第三案：修訂「108 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」

王科長玲玲

第一，第 139 頁修訂「108 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」審查內容，健保署意見，在 108 年專款項目計畫特殊醫療服務計畫匡列預算 5.34 億。全聯會建議由 108 年一般服務移撥 0.5 億支應本計畫，這項要在本次會議討論，如果同意，108 年全年度預算為 5.84 億。第 140 頁以牙全會建議事項，推估 108 年增修前述項目，會增加 8 千 8 百萬。108 年增加預算 1 億，其中一般服務與專款各 0.5 億，請看附件 3-2 頁，議程第 202 頁，修訂後條文第 4 點，107 年度執行目標是 11 萬 7 千人，108 年度修改為增加 12 萬 8 千 7 百人，總共增加 1 萬 1 千 7 百人。這裡要請全聯會做說明。

第二，108 年度增加服務 1 萬 1 千 7 百人，預估增加約 0.36 億。108 年 P30002 及 91114C 放寬支付標準規範，共增加 57,929 人次遠高於所提增加服務 11,700 人次，請全聯會說明增加服務人次之合理性。

第三，請全聯會於未來研商會議報告，108 年總額協商協定事項「提升院所型牙醫醫療服務之人數」之策略。

第四，由一般服務預算移撥 0.5 億。上述事項，請提請討論。

簡代表志成

剛提到 P30002 及 91114C(由原本 90 天改成 60 天)有提到增加人次，實際上並不會增加這麼多人次，因為我們將重度以上與 91114C 調整在一起。目前 91114C 洗牙重度是 60 天 1 次，一般是 90 天 1 次，其他幾項是 90 天 1 次。若是重度的患者來洗牙加塗氟，洗牙可以 2、4、6、8、10、12 月來 1 次；塗氟是 3、6、9、12 月來 1 次，其中有幾個月是重複的，所以想要將重度的患者做整合性調整，就是 60 天 1 次，其他還是 90 天 1 次。所以並非會增加病患次數，希望在身障執行穩定，但每年至少約 10% 成長。

我們目前也努力提升照護人數並廣開課程，希望能增加初階院所看身障的比例，依過去經驗發現，不是沒去就診而是醫師沒上過課或院所不符資格，沒來申請，所以不能以 16 申報，只能以 19 申報。所以我們希望提高院所的提出申請，能提升醫師數與院所數，來提升申報的情況。

主席

請增加可以接受特殊服務的院所數，現在有些院所是拒絕的。

簡代表志成

有些是不知道，以前是上完課再回診所填資料；現在是上課就發申請書，下課回收直接幫忙做申請。從去年開始，年度課程就是在現場發放，現在開放支援醫師也可申報，並非只有負責醫師一定要看身障病患資格，鼓勵兼任的專業醫師在支援的診所申報。

主席

這些身障病患有些是中重度障礙，一般牙醫診所有無障礙設施嗎？

簡代表志成

有鼓勵診所設置。

主席

要開發院所型的牙醫服務，第一要有能力，第二要有友善環境，例如位在 3 樓的牙醫診所若沒有電梯，身障病患如何到達。

簡代表志成

因為有不同的特定需求者，所以我們盡量開放更多元型態或依滕代表指導規劃友善診所，朝這方面規廣，像我的診所就可以讓推床進入。但受限各診所實際情況，不見得每間診所都可以，我們鼓勵有能力的診所看更多的特定需求者，大家提高服務的深度與廣度。

主席

明年要鼓勵牙醫診所提供設置無障礙設施，這次談到身心障礙者，這部分大家還有意見嗎？

王科長玲玲

第 75 頁 P30002 氟化物防齲處理，以重度以上患者(精神重度、重度、極重度)

每 60 天申報資料推估，約 4 萬多件，這是推估人次的基礎。

簡代表志成

這是指會去做塗氟的人，我們的情況是未來洗牙、塗氟一起做，所以是整合在一起，所以實際上不是出現單項數字呈報。原本依規定是洗牙是 2、4、6、8、10、12 月來 1 次；塗氟是 3、6、9、12 月來 1 次，所以在第 4 個月不行做兩件事，希望現在可以一起做。

主席

有關估計部分，到時與實際數字比對。各位代表還有意見嗎？那就通過 4 的部分。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

小小的建議：在 ADL 小於 60，要有單位「分」。

簡代表志成

謝謝代表，我們再補充。

王科長玲玲

下一個修正，第 66 頁，失能老人按居整照護計畫修訂：ADL 小於 60 分。第 75 頁，修正重度以上患者每 60 天申報 1 次已做說明；第 79 頁第 D 項-失能老人:L3，與第 B 項-失能老人:L1 身分有重複，所以刪除第 D 項-失能老人:L3，我們查詢 104 年~107 年 9 月底此項特定診療項目代號 L3 無申報項目，所以同意刪除，其他項目同前述，未做修訂。

主席

第四案已經討論完，若無意見，下一案。

報告事項第四案：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」

李科員佩純

第 271 頁，第一、二、三、四項為修改年度，第五項施行地區牙全會建議針對巡迴服務(包含執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)增列四級地區，推估一年費用增加 26 萬點，本署推估會增加 34 萬點。

主席

本案為牙醫之醫療資源不足地區改善方案之修訂，議程資料第 273 頁「施行區域」的修正，本項醫界建議由原三級新增第四級，屬深山中之深山(如：新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「後山地區之玉峰鄉及秀巒村」、澎湖白沙鄉「吉貝嶼」、望安鄉「花嶼村」，因須再花一小時以上車程，故建議增列一級並增加支付費用。上述地區是牙醫師團隊目前就有去但路程更辛苦的地方，各位代表是否有意見？沒有意見的話，本項同意增列。

李科員佩純

第 275 頁，第六項執行目標，本署建議執業計畫減少牙醫醫療資源不足地區目標值由 35 個調整為 37 個。巡迴計畫組成醫療團目標值，建議修正為 19 個。社區醫療站修正為 23 個。上述目標值都是依 106 年執行數建議，請大家討論。

黃代表福傳

目前執業計畫有 27 位醫師，有些雖不參加該計畫但仍在該區域開業看診，合計有 37 位醫師；巡迴醫師因今年有台中市加入，故達成目標值(19 個)應不成問題，全國有 22 個醫師公會，剩臺北市等無醫療團，108 年增加至 23 個醫療站(現行有 21 個)，我們會努力達成目標。

主席

目前那個縣市沒有醫療團？

黃代表福傳

有臺北市、連江縣、嘉義市等完全沒有醫缺的地區。

羅代表界山

23 個醫療站可能難度有點高，今年建議維持 21 個。

謝代表尚廷

23 個可以改成未來目標，今年建議維持 21 個。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

鳳林是否在原先的 21 個醫療團之內？

羅代表界山

已包含在 21 個內。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

可以列入目標也有前進的理想及動力，建議修正至少以 23 個為原則。

翁代表德育

「至少」23 個不一定能達到，建議改成目標。

主席

本項應以「至少」要達成一定團數做為前進目標，23 個如果太高，目前是否已有預計設立的目標？

翁代表德育

我們面臨的困難，以外島烈嶼為例，原由金門醫院設立醫療站，但該院醫院僅剩一位，無法符合社區醫療站一週看診三次之規定，因其還有原金門醫院要看診，故改為巡迴點，我們須要繼續克服，所以要設立至少 23 個醫療站的壓力很大，建議予以下修為 22 個。

羅代表界山

21 個，現在醫療站每週要維持三診次以上的看診時數，部分醫療團因此改為巡迴點，但我們還是會繼續努力。

主席

要 21 個或 22 個？偏鄉醫療希望牙醫界能放在心中，現在已經是 21 個醫療站，108 年應該要再突破，請問理事長意見。

謝代表尚廷

22 個醫療站。

主席

同意 22 個醫療站，本項修正通過。

李科員佩純

第 285 頁，本署建議於計畫執行期間，若該社區醫療站設置之施行地區新設立牙醫保險醫事服務機構且參加本方案執業計畫，必要時請牙醫全聯會協調社區醫療站與新設立保險醫事服務機構之執行方式及診療期間。107 年執業計畫與巡迴計畫公告施行地區重複者共 77 個，現況同一鄉鎮已同時設有執業計畫診所及社區醫療站者共 4 個：新北市石碇區與貢寮區、南投縣信義鄉、屏東縣佳冬鄉。為扶植參與本方案執業計畫在地生根，且與本方案巡迴計畫醫療團所設立之社區醫療站不互相影響醫療服務量能，爰增訂牙醫全聯會必要時須協調醫療站與執業診所執行方式及診療期間之規定。

主席

有關此項新增條文，大家有意見嗎？沒有，本項修正通過。

李科員佩純

第 294 頁，有關 E 項為配合 108 牙周病統合照護計畫規劃納入支付標準，修訂相關文字。

主席

大家有意見嗎？沒有，本項修正通過。

李科員佩純

第 296 頁，配合牙醫巡迴醫療服務增加四級地區，牙全會建議論次費用平日每小時 4,000 點、假日則為 4,300 點。依本署推估每年會增加 34 萬點費用。

主席

接下來討論議程第 297 頁牙醫巡迴醫療服務之論次支付點數表，牙醫醫缺是以小時計價，其餘總額均以半日計價，牙醫的支付單價相對較高，希望提供高品質服務，做好感染控制並提升服務量，若巡迴一次僅提供 1-2 位病患之服務，若加上交通成本，實在十分可惜。大家對點數是否有意見？若沒意見，本項修正通過。

李科員佩純

第 297 頁，「假日」增修「天然災害停止上班日」，本署現行係以「假日」論次支付點數標準核付天災停班日仍提供巡迴服務者費用，爰明訂相關文字作為費用核定依據；第 298 頁，巡迴醫療服務時數之計算，配合增列四級地區，增修相關文字。

主席

大家有意見嗎？若沒意見，本項予以通過。

李科員佩純

第 299 頁，有關巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於 3 人之管控，為減少費用核減爭議，明訂核扣原則。核減順序以診療人次為 0 人之診次為優先，如無則以巡迴點級數較低之診次為優先。是依現行核扣方式修正至條文內容。

主席

議程第 299 頁係針對巡迴計畫若診次服務人數於 3 人以下核減順序，以診療人次為 0 人之診次為優先，可見目前存有牙醫提供巡迴服務，卻沒有看診病人(0 人)，連低標 3 人都達不到，姑且不論健保半日支付近萬元之支付點數，我實在不瞭解這樣的巡迴方式有何意義？巡迴醫療應有成本效益的概念，健保醫療資源十分有限，健保支付成本卻無民眾受益或受益者太少，這樣的代價太高了，雖然我們每年都在提醒，真的希望牙醫界要提出積極對策予以改善。

徐代表邦賢

我以南區瞭解之狀況為例，部分是因學校當日剛好校外教學但卻沒通知該巡迴之牙醫師，不過這畢竟是特殊狀況，未來我們還是會加強溝通及協調，努力改善。

沈代表茂棻

牙醫師提供巡迴服務卻沒有病人看診，是健保署及牙醫界都不願碰到的狀況，所以牙醫界想盡各種辦法，甚至自掏腰包請人開車將病患帶來，但也常陷入是否為「不當招攬」及違法的思考困境，我認為這個責任不在醫師，醫師看診無法敲鑼打鼓叫病人來。

主席

偏鄉或許也可採行預約制，若事前約好牙醫看診服務的時間，民眾先到里長辦公室登記，並集中當天來看診，這個方向可行嗎？

沈代表茂棻

我們有想過，但是不可能，分享我們口湖鄉經驗，民眾都很早起，他們最希望早上 5-6 點或是農忙結束後才去看診。他們想法和我們醫師完全不一樣，我們醫師就是固定看診時間去，只是剛好去的時間沒人，問題不在醫師。

主席

這個問題一直都存在，我們要一起思考，如何讓偏鄉服務更有效益，例如：透過事前預約看診，醫師就會知道今天看診的病人數，這樣才有機會讓這件事情獲得改善，當民眾有看牙醫的醫療需求，相信他也會願意犧牲一些工作時間。牙全會在服務偏鄉的醫師經驗很豐富，應該可以想想有甚麼樣的方式可以改變。

謝代表尚廷

過去曾在偏鄉調查的經驗，要有誘因才會讓吸引更多民眾願意接受口腔檢

查，招攬病人這是違反醫療法，也是我們沒有辦法突破的地方，現在我們花幾萬元去偏鄉服務，只有看診3個人，真的很可惜，如果真的要突破這一點，真的需要主管機關想辦法，比如只限定偏鄉地區可以提供一些合理誘因，例如口腔衛生材料，漱口水等。

主席

醫缺地區的牙醫巡迴點看診頻率大部分為1個月1次，其實是相當少，當民眾突然牙痛，根本無法等1個月，像看診頻率及服務方式，是不是可以思考有其他更好的改變。

沈代表茂蔭

全聯會曾經提出用車子載送病人的方式，但被打槍，但在鄉下，偏鄉居民等不到公車，他出來非常不方便。有些大醫院會用車子去載他們到醫院看各科，是不是牙科也可以比照這種方式。

滕代表西華（林代表惠芳代理人）

行政院永續會也有管考這個指標，就是全民健保的服務涵蓋率，我覺得確實是跟交通問題有關，包括無障礙載具不足，不管是復康巴士或無障礙計程車。而相關的主管機關也都不一樣，例如：醫療車歸衛生局管，復康巴士歸社會局或交通局管，現在社會局又分2個單位管，反正有點複雜。如果是配合長照和身心障礙需求，現在都有整合也有名單，照管中心跟身障照管中心就可以把名單和巡迴點做結合，安排復康巴士定時定點去接人，這樣是比較好。我們有在找一個平台在商量這件事情，不是只有牙醫有這樣問題，西醫也是，也許可以在行政院的社福小組平台整合，把問題克服。

主席

偏鄉一直存在牙科的健康不平等，現在這個方法是大家長期努力經營的結果，但供需能夠吻合的機率不高，我們要感謝這些熱忱的醫師們，你們真的辛苦了，但發揮的空間有限，所以真的要改變既有的方式以找尋更好的方法。若永續會有在討論，就把這個也納入。

現在回到剛剛討論核扣原則的順序，沒有意見就通過，接下來下一條。

李科員佩純

第300頁，針對執業計畫診所之巡迴服務的服務量管控，全聯會建議由每月平均每診次申請點數由2.2萬點提升至2.5萬點，目前本署同意這個建議，並把計算方式排除牙周病統合案件、牙醫特殊服務計畫案件，明訂文字於條文。

主席

有關牙統計畫相關名稱，請一併修正為牙周病統合案件，大家有沒有意見，沒有就再往下。

李科員佩純

第305頁，巡迴計畫論次的費用點數，這邊是配合前面條文(執業計畫巡迴服務的論次點數)去做修正。

主席

4 級的支付點數及天然災害算假日、大家有沒有意見，沒有意見就通過。

李科員佩純

第 306 頁，巡迴服務時數的計算，也是配合前面條文去修正，增加四級地區。

主席

大家有意見嗎？沒有意見就繼續。

李科員佩純

第 307 頁，D 項社區醫療站提供牙周病統合案件(原條文為牙周病統合照護計畫)，配合 108 年牙周病統合照護計畫納入支付標準，修訂相關文字。

主席

大家有沒有意見，沒有，接下來。

李科員佩純

第 308 頁，巡迴計畫的巡迴服務量管控，配合前面條文修正由 2.2 萬調整到 2.5 萬。

主席

大家有沒有意見，沒有意見就繼續。

李科員佩純

第 309 頁，為了管理巡迴點及巡迴醫師的品質，成立滿 2 年之社區醫療站及巡迴點，本署建議每位醫師每月平均每診次就醫人次由連續 3 個月低於 2 人，調整為連續 2 個月低於 4 人。調整依據以 107 年 1-9 月申報資料計算，申報院所數共 300 家、醫師為 355 人，連續 3 個月低於 2 人者之院所共 17 家、醫師則有 31 位，每位醫師每月平均每診就醫人次資料，平均值為 7.3 人次，第 10 百分位為 2 人，第 30 百分位為 4 人，第 50 百分位為 6 人。

黃代表福傳

如果是用平均值，不管是醫療站或巡迴點看診人數落差相當大，希望由 4 人改為 3 人，至少 1 小時看 1 人。

李科員佩純

補充說明，這邊是指低於 4 人，所以為不含 4 人，低於 4 人就是 0、1、2 及 3 人的 4 種狀況，才會落入管控目標。

溫代表斯勇

如果是用 3 人，他的百分位在哪裡？

主席

百分位在 10-30 之間，大約 20。

溫代表斯勇

要求 20% 人提改善計畫，已經是相當多的要求。

主席

其實也代表有相當多的人，1 個小時看的病人相當的少。

李組長純馥

這是要連續 2 個月，剛剛計算都是單月。

羅代表界山

醫療站設立比較能夠滿足偏鄉民眾的醫療需求，如果實際執行上有困難就會改成巡迴點。

李組長純馥

這裡也有包括巡迴點。

羅代表界山

巡迴點要滿足方案的要求是比較容易。

主席

可是巡迴點的治療椅無法固定，這樣品質更差，更沒有人要去看診。同樣在台灣這個地方，都會區設備豪華，偏鄉卻是這麼簡陋，治療床或治療椅都很克難，對偏鄉的人是不公平。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

是不是可以折衷找民間團體來幫忙，在年底到過年之前，配合全國佈點的居家服務單位及照管中心來幫忙宣導這件事。然後先依健保署所訂的績效，半年再來檢討這項指標的合適性，如果已經盡了最大的努力，仍無法達成，也無法歸責於牙醫師問題，下半年就改回牙全會所提的 3 個。我覺得一直以來目標都沒有前進，也是很不好的事，因為人真的是比較少。

徐代表邦賢

其實在台南那邊有巡迴醫療車，一樣是固定治療椅，只是它固定在車上，他是載著醫師去，就是行動診所的概念。

主席

巡迴醫療車還是跟民眾需求的時間沒有吻合，你去的時候並不是他沒有需求，是因為你一個月只去一次，而且有些服務是有療程，可以再研議更有效益的牙醫巡迴醫療辦法。

黃代表福傳

請健保署提供幾個點資料，讓我們去了解醫師問題及這個地方百姓的需求。

主席

可以，後續會如何？

黃代表福傳

後續我們全聯會作報告，看那些患者少的地方，問題出在那裡。

主席

可以，要不要寫入計畫？看有沒有機會徹底改善，這樣比較積極。

黃代表福傳

可以。

主席

請問理事長，可以寫入計畫嗎？用醫缺的經費去做。

翁代表德育

等一下，我們的作法已經行之有年，主席剛剛所提的我們都十分贊同，但現在要跳出這個框架做事情，是很困難，也許我們也可以仿效日本的作法，是地方政府來支助，可是台灣目前氛圍，沒有一個地方政府願意使力，這是緩不濟急。我們現在碰到困難，也只能在健保使力，除了獎勵也沒有其他辦法，除非地方政府願意支持，我們就會輕鬆很多，以上。

主席

現在是下午 6 點，後面還有很多條文需要大家再研議，是不是今天開會到這邊，沒有意見的話，下次臨時會再討論，謝謝大家。