

# 「牙醫門診總額支付委員會」99年度第1次臨時會議紀錄

時間：中華民國99年12月7日下午2時整

地點：台北市信義路3段140號18樓大禮堂

出席委員：(依據姓氏筆劃順序排序)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
王委員盛銘	王盛銘	吳委員政憲	吳政憲
呂委員毓修	呂樹東代	黃委員建文	黃建文
李委員錦炯	陳文德代	阮委員議賢	阮議賢
林委員俊彬	請假	許委員堂錫	請假
林委員思洸	請假	黃委員月桂	黃月桂
林委員啟滄	林啟滄	溫委員飛翊	林敬修代
翁委員德育	翁德育	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
梁委員淑政	梁淑政	張委員文輝	王瑞斌代
許委員世明	許世明	廖委員敏熒	廖敏熒
陳委員一清	請假	劉委員俊言	劉俊言
陳委員建志	請假	鄭委員信忠	請假
陳委員彥廷	王人豪代	謝委員武吉	羅永達代
陳委員瑞瑛	請假	羅委員界山	羅界山
吳委員成才	請假	蘇委員鴻輝	蘇鴻輝
黃委員茂栓	請假	黎委員達明	黎達明

## 列席單位及人員：

行政院衛生署

國民健康局

全民健康保險醫療費用協定委員會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

本局台北分區業務組

本局北區分區業務組

本局中區分區業務組

本局南區分區業務組

陳馨慧

陳美如

林淑華

邵格蘊、朱智華、林鴻津、

王棟源

莫翠蘭、邱玲玉、王珮琪

林麗雪

程千花

王世華

本局高屏分區業務組  
本局東區分區業務組  
本局資訊組  
本局醫審及藥材組  
本局醫務管理組

李金秀  
劉翠麗  
姜義國  
蔡文全、王本仁、潘尹婷  
林阿明、張溫溫、李純馥、  
甯素珠、孫嘉敏、張桂津、  
朱文玥、鄭正義  
紀錄：歐舒欣

主席：黃召集人三桂

## 壹、 主席致詞(略)

## 貳、 討論事項

**第一案(原第 4 次支委會第七案) 提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：關於「執行兒童牙齒塗氟保健服務併行其他口腔疾病診療時，建議得申報診察費」案。**

**結論：請全聯會提供執行兒童牙齒塗氟可併報診察費與不可併報，兩者之相關資料後再討論。**

**第二案(原第 4 次支委會第八案) 提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：有關「健保 IC 卡登錄及上傳作業」案。**

**結論：**

一、全民健康保險醫療辦法第 13 條規定保險醫事服務機構於保險憑證上登錄後，應於 24 小時內，將之上傳予保險人備查。但有不可抗力或經保險人同意之特殊情況者，不在此限。故如醫事機構有特殊狀況，未能於 24 小時內上傳者，得行文向所屬之分區業務組報備。

二、另各院所之開診時段不一，針對逾 24 小時輔導指標之定義已放寬為(上傳接收日-就醫日)>2，且容許有 10%以下之件數可逾 24 小時上傳，又若醫事機構有特殊狀況，未能於 24 小時內上傳者，可行文向所屬之分區業務組報備同意者也會予以排除。

**第三案(原臨時提案第一案) 提案單位：牙醫師公會全聯會**  
**案由：有關「100 年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」案。**

**結論：**100 年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修訂部分包括篩選條件「人口比低於 1:10000 之鄉鎮」新增高屏區、適用鄉鎮新增 1021 水災受災之宜蘭縣蘇澳鎮，刪除莫拉克颱風受災之高雄縣旗山鎮、屏東縣林邊鄉外，增加年預算結餘時分配方式，詳細修訂內容如附件一。

**第四案 (原臨時提案第二案) 提案單位：牙醫師公會全聯會**  
**案由：修訂「牙醫門診總額支付制度實施後醫療品質及可近性民意調查問卷內容」案。**

**結論：**未來研擬滿意度調查題目時，將諮詢全聯會意見。

**第五案 (原第 4 次支委會第十案) 提案單位：牙醫師公會全聯會**  
**案由：有關「100 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)案」。**

**結論：**修訂內容詳附件二。

**第六案 (原第 4 次支委會第十一案)提案單位：牙醫師公會全聯會**  
**案由：有關「100 年度牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫(草案)案」。**  
**結論：**修訂內容詳附件三，另請健保局提供安養機構常發生的問題供全聯會參考。

**肆、散會：下午 16 時 45 分**

## 附件 「討論案」及「臨時提案」與會人員發言摘要

第一案(原第4次支委會第七案) 提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：關於「執行兒童牙齒塗氟保健服務併行其他口腔疾病診療時，建議得申報診察費」案。

### 廖委員敏榮

作兒童牙齒塗氟時併作診療項目對病人而言，比較不需要舟車勞頓。

### 翁委員德育

補充說明一下：本會與國健局談塗氟費用時未包括診察費。

### 黃召集人三桂

塗氟之前不需要先對病人診察嗎？

### 蘇委員鴻輝

2年前兒童牙齒塗氟與診察費是可以併報的，後來健保局提出後才不能併報。我們觀察到如果5歲以下的小朋友在診療完畢後順便作塗氟，效益會比較高，也對病人比較方便。

### 廖委員敏榮

牙醫師幫5歲以下小朋友補完牙後，如果順便幫小朋友塗氟就無法申報診察費，只好請小朋友下次再來塗氟，對病人不太方便。

### 羅院長永達

請教一下牙科：目前不能塗氟的機率高嗎？醫院總額部門如果第二次換藥也不能額外申報處置費，牙科點值高，但要合理！若塗氟不是一個很高深的檢查，希望標準趨於一致！

### 蘇委員鴻輝

跟羅院長解釋一下：全聯會的訴求是牙醫師在執行醫療服務後再作了塗氟，原來可申報的診察費不被取消，並不是要求申報兩次診察費。

### 李科長純馥

補充說明：因為很難界定牙醫師診療行為中哪些是為了醫療，哪些是為

了預防保健;從申報端很難釐清,家長帶小孩去看牙醫的初衷,是因為塗氟還是疾病診療,所以在支委會上討論同意預防保健不能併報診察費。之後衍生出口腔黏膜篩檢只有70點,加上不能報診察費,造成牙醫師作口腔黏膜篩檢意願低落之問題,本局才同意放寬口腔黏膜篩檢,可以併報診察費。現在又提出塗氟要併報診察費的問題,為免導果為因。兒童塗氟保健可申報的500點中,要說不含診察費也說不過去。

### **蘇委員鴻輝**

全聯會這邊跑出預防保健得併報診察費時期,與不能併報診察費時期的資料來作比較,看怎麼作對國民健康比較有幫助,有利於降低齲齒率,再來討論。

### **黃召集人三桂**

本案暫緩,等相關數據提供後再行討論。

**第二案(原第4次支委會第八案) 提案單位:牙醫師公會全聯會**  
**案由:有關「健保IC卡登錄及上傳作業」案。**

### **許委員世明(溫飛翊委員代理人)**

醫缺在巡迴時若無法取得IC卡時,是否可以排除在輔導指標「健保IC卡登錄逾24小時上傳之比率大於10%」之外?

### **蔡委員淑鈴**

醫缺巡迴服務案件由醫師帶回申報,無法當場拿到IC卡取得卡號時用例外就醫方式代替,本局也提供特殊代號可以申報,也同時宣導醫缺地區要刷IC卡,醫師還是要將相關處置上傳。

### **許委員世明(溫飛翊委員代理人)**

請問議程說明三(上傳接收日-就醫日)>2的意思:如果是星期六看診,可以容許到那一天之前上傳?

### **蔡委員淑鈴**

系統最大容忍度是48小時內上傳都合格,超過48小時才算大於2。

### **王委員盛銘**

院所已經習慣整理好資料後隔日上傳,是不是每逢連假院所就要提出申請?院所提出在看診當日上傳申報資料會有困難。

### **蔡委員淑鈴**

最好是院所結束門診後完成上傳，這樣一定會在 24 小時內。如果是連假前一日看診，最好在連假開始前上傳申報資料。為了避免特殊狀況，本局已經通融到 48 小時內上傳都算合格。

### **王委員盛銘**

多人執業的院所，還會有錯誤率的問題，通常會整理申報資料後於次日上傳。遇到連假時會有這樣的情形。

### **蔡委員淑鈴**

牙醫看診的模式與醫院、西醫基層、中醫不同：醫院、西醫基層與中醫在看診的當下直接紀錄病歷資料，沒有晚上整理資料的問題。現在要求當日看診資料 24 小時內上傳給本局，最後申報資料整理後，本局再跟上傳資料比對。

### **王委員盛銘**

牙科有些治療牽涉到保固期的問題。

### **蔡委員淑鈴**

如果申報資料可以忠實反應看診情形，根本不用考慮保固期的問題。本局依據院所申報資料核付費用，如果晚上整理資料後才能上傳，表示牙醫師並非即時寫病歷之外，也扭曲了醫療品質指標所代表的意義。

### **黎委員達明**

請問健保局：可以容許院所修正之前的申報資料嗎？因為牙科有很多保固的問題，有時候看診也會發生看錯 X 光或寫錯牙位的問題，需要請內部人員幫忙檢查。

### **蔡委員淑鈴**

如果病人離開診間後，還可以更正看診時牙位判斷錯誤的問題，這就太奇怪了。

### **黎委員達明**

病人如果常常看診時病歷很厚，在看病歷時有時會不夠仔細；牙位資料對牙醫師很重要，醫院電腦不一定會保留這麼久以前拔牙的資料，導至有時候會因為已被拔牙的牙位，又作醫療處置的費用被核減，醫院需要後端人手重複檢查看診資料，來避免這樣的情形重複發生。

### **蔡委員淑鈴**

如果牙科治療可以在病人不在場狀況下，去更正原先判斷錯誤的牙位，顯然是矛盾的。

### **王委員盛銘**

本人不贊同蔡組長的發言。牙位需要 X 光片佐證，尤其在事後檢查時如有誤植牙位的情形，依 X 光片去更正不會有問題。為了對資料正確性負責，在申報過程中發現了錯誤才希望能更正。

### **蔡委員淑鈴**

回答隔月申報資料與上傳資料不符的問題：上傳資料只是供本局參考用，指標計算還是以申報資料為主。

### **羅院長永達**

聽完之後本人覺得健保局對醫院總額比較嚴格：醫院就這樣當場上傳申報資料，從沒想過可以跟健保局協商延後上傳的時間。雖然院所可以修改申報資料，但是修改的次數一多，就會被立意抽審，希望健保局以同樣的標準來要求各總額部門。

### **蘇委員鴻輝**

同意以健保局意見來辦理，如果發現有重大問題再提出討論。

**第三案(原臨時提案第一案) 提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：有關「100 年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」案。**

### **廖委員敏榮**

同意照健保局意見修訂。

**第四案(原臨時提案第二案) 提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：修訂「牙醫門診總額支付制度實施後醫療品質及可近性民意調查問卷內容」案。**

### **蘇委員鴻輝**

民眾滿意度調查中，若民眾執意要看特定牙醫師造成等候時間長會有難以歸責之問題，牙科名醫一樣有固定看診時間以及合理門診量的問題，本會希望能更加釐清民眾滿意度的問題。

### **蔡委員淑鈴**

全聯會意見讓本局留供參考，每次施作滿意度調查前本局會重新檢視所有的問卷題目，也謝謝全聯會提供對題目之意見。

### **廖委員敏榮**

不只有這一題而已。

### **翁委員德育**

全聯會只是舉這一題為例，其實滿意度調查的題目很多有待商榷。

### **蔡委員淑鈴**

本局同意在研擬滿意度調查題目時，諮詢全聯會的意見。

**第五案（原第4次支委會第十案） 提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：有關「100年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)案」。**

**翁委員德育**

請各位委員參閱今天全聯會補充的品質保證保留款資料。全聯會提出了5項品質保證保留款指標，每項指標的難易度與合格率都不同。全聯會不希望訂得太難，院所完全無法達成，設計指標原則是難易程度不一。以下依序說明：

指標一「恆牙2年內自家再補率 $<4.5\%$ 」，貴局建議下修指標值，在國內外臨床文獻上2年內自家再補率約 $1.1\%$ - $7.1\%$ 不等，本會建議指標值 $4.5\%$ 是參考文獻所訂，以98年申報資料試算，不符合條件醫院及診所比率差不多。如果降低指標值為 $4\%$ ，則不符指標醫院比率高於診所，本會建議不修訂。

指標二「自家乳牙545天內再補率 $<10\%$ 」，貴局同樣建議下修指標值，但是院所除了要符合本項指標外同時當年度要填補60顆以上的乳牙，同樣以98年申報資料試算同時符合2個條件的院所，約 $24.4\%$ 院所無法拿到品保款，這樣的不核發比率應可接受。

貴局建議在牙結石清除項下增列指標「同一病人180天內執行全口牙結石清除醫令件數比例(含跨院) $<3\%$ 」，目前支付標準表僅規定同院所同病人180天內，不得重複申報執行全口牙結石清除，並未規定180天內病人不得跨院所申報。這樣規定下來恐怕影響病人就醫權益，另外在學理上，也沒有180天內不得重複洗牙的報告。本會認為同病人180天內跨院所重複洗牙的問題，應由醫管及輔導的方式處理，另外，區分會中也有相關輔導措施，94年以來，經由輔導系統的努力，也有下降的情形。考量還是有部分病人，需要180天內執行1次以上全口牙結石清除，本會不建議列入本項指標。

指標四院所除了初核核減率需小於全國95百分位外，增列當年需完成至少1件牙周病統合照護計畫申報(P4001C-P4003C)，隱含監測品質的性質，希望本項指標維持全聯會建議。

指標五國健局建議「新增口腔癌篩檢:年資料上傳至少60比至國民健康局口腔癌篩檢資料庫」，依照費協會決議品質保證保留款應全數鼓勵提升醫療品質，本會認為口腔黏膜篩檢，與提升醫療品質較無直接關



係，全聯會不建議列入。

### **蔡委員淑鈴**

本局與全聯會之前討論，最大的爭議在指標閾值及新增指標，全聯會提出指標一的試算情形，但是同一指標本局資料跑出來院所平均值是0.89%，小於4.5%是非常低門檻的指標設定，本局才會建議降低閾值。如果設定的指標值，讓98.3%的院所都可以達到指標，顯然失去鑑別度。

品質保證保留款的額度是逐年累計的，如果院所幾乎通通有獎，直接在一般部門去反映點值就好了，所以我們希望有檢討修正閾值的空間。

### **翁委員德育**

全聯會補充說明：如果品質保證保留款方案當作一份試題，我們希望題目包括各種難易度都有；另外有些指標列入品質保證保留款很久了，院所長年努力的結果，達到指標要求不足為奇。現在回過頭來說因為達到指標院所家數多而建議下修，未免導果為因。另外本會訂定品質保證保留款指標，是參考實證醫學結果，另外也跟組長報告，有些院所會隱匿部分申報數值，為了矯正扭曲的申報行為，全聯會建議不要下修指標。

### **蔡委員淑鈴**

如果這個指標已經做得夠好了，那就請換指標。

### **翁委員德育**

現在還有部分醫院無法達到本指標，如果本項指標不列入，醫院恐怕不會正視這個問題。醫院資訊用的是大電腦，沒辦法像診所一般用軟體給排除掉，如果降低指標值，無法達到指標的，不會是基層院所，這樣對於醫院來說也不公平。全聯會希望可以爭取一點空間，來矯正扭曲的申報行為，但是在降低指標值的前提下，很難達到。

### **蔡委員淑鈴**

診所相對醫院較容易操弄申報數據來達到品保要求的指標值，醫院成為相對弱勢，是很大的問題。如果還要用品保指標與國際標準比較，顯然大有問題。品保款已經開始用累計的方式，預算只會越來越多；希望分配時可以秉持依品質重分配的精神，確實獎勵品質較好的院所。

### **翁委員德育**

全聯會想維持這個指標值，希望可以導引醫療申報的模式不要被扭曲。如果貴局堅持，也可以刪除本指標。

### **黎委員達明**

本人想表達一下醫院的立場；醫學中心的大電腦要更動系統，需要很大的成本，跟診所相比醫院的確是弱勢；另外困難個案也會集中到醫院。從醫院申報數據中來看，自家重複再補率數值一定比診所高。指標閾值如果降低很多，醫學中心與區域醫院恐怕無法符合指標值。

### **蔡委員淑鈴**

第四次支委會中就有建議全聯會為醫院及診所設計兩個閾值，如果無法風險校正的情況下，困難個案都集中到醫院，醫院與診所的閾值應該有區別，同一層級院所相互比較，才算公平合理。

### **羅院長永達**

早上醫院與健保局談品質保證保留款專案指標項目，90%健保局都不同意，若健保局同意用 98 %，可能早上的會議要重談；考量不同層級院所在收治疾病嚴重度、作業方式都有不同，希望牙醫總額部門可以考量到院所屬性不同，提出不同的品質指標閾值，最好是同一層級院所間相互比較，這樣才合理。

### **翁委員德育**

現在有點模糊焦點了：第四次支委會提出來要分層級別的是品質確保方案的監測值。牙醫品質保證保留款的核發指標雖然沒有分層級別，但是有五個專業分類，部分核發指標對醫院顯然比診所有利。如果一一列舉後，只取對自身有利的，恐怕不太公平。在全聯會會內討論時醫院牙科代表都有參加，也充分考慮了醫院牙科的特殊情形。希望發言摘要錄案後，可以減少誤解。

### **羅院長永達**

同一層級的院所相互比較天經地義，醫院數值與基層在同一個地方相比，會讓人質疑！若醫院數值與基層相比，不知來開這個會議做什麼？

### **王科長本仁**

除了蔡組長提出建議原指標閾值下修外，另一個議題是建議增加同一病人 180 天內重複執行全口牙結石清除指標(含跨院) $<3\%$ 。現在外界看待 180 天內重複執行全口牙結石清除(跨院)，解讀成相同的病人跨院所洗牙次數太多也不太好，所以本局建議增列此指標以提醒院所留意。如果全聯會覺得閾值設在 3%太嚴格了，也可以用全聯會設算的 7.49%作起步。

### **翁委員德育**

牙醫師視病情需要，決定病人是否可以作全口牙結石清除，180 天內不能重複執行全口牙結石清除的規定，在學理上缺乏根據外，另外跨院執行的部分也會產生歸責的問題；到底是第一位執行全口牙結石清除的醫師有問題還是第二位醫師有問題，權責難以釐清，所以我們不建議新增本指標。

另外由數據來看，同病人 180 天內重複執行全口牙結石清除(含跨院)的比率，還是醫院比較高，全聯會還是希望這個指標留在醫管及輔導方式處理，分會發現院所指標值偏高時，前去輔導，這樣才對。

### **蘇委員鴻輝**

全聯會立場先不提，請問一下這個指標的操作型定義：如果兩家診所 180 天內先後為同一病人重複執行全口牙結石清除，請問是歸責於哪一家院所？

### **王科長本仁**

是對每家醫療院所申報的每筆全口牙結石清除案件，皆 check 該病人往前追溯 180 日內是否曾有申報全口牙結石清除記錄(含跨院)，若有，則於指標分子記錄，藉以希望院所提供此服務時能謹慎，因此，性質上是記後執行的院所。這裡還是希望大家思考品保方案分配專款預算的目的，是在獎勵品質傑出的院所。

### **蔡委員淑鈴**

這個指標另外的意涵，是有一定重複執行比率是可以被接受的，閾值定在哪裡才合理，可以一起討論。這個新增指標，與其他已列入品保款指標很久，發展成熟的閾值意義上自有不同。

### **劉委員俊言**

回頭來說總額品質保證保留款意義：假設重補率定在 4.5%是可以達到 80 分的品質，的確也有多數院所達到後，現在調升指標值，拉到品質要求達到 90 分的程度，雖然可以刷掉很多院所，但是院所只要達到 80 分就好了。這樣是否符合品質保證保留款的目的，希望大家可以思考一下；另外醫院能領到品質保證保留款的比例，其實跟診所差不多。第三是提到牙結石清除的問題：牙周病專家都知道病人 90 天洗一次牙是正常的，訂在 180 天完全是因為執行牙醫總額的關係，如果是自家執行的話勉強吸收成本也就算了，但是要求其他診所恐怕有困難。如果 貴局執意要增列本項指標，建議修正為同一病人

30 日內重複執行全口牙結石清除(含跨院)，比較符合臨床意義。

### **羅委員永達**

並不是哪些費用要歸誰?而是若指標數據比較時，應是要醫院與醫院相比，而非醫院與基層相比，醫院都有評鑑，且評鑑合格才可以特約，且健保局要 ranking，其品質保證保留款之精神、意義要再強調!

### **翁委員德育**

簡單的說，現在所有指標都是自家資料，院所可以努力去達成。跨院所的資料責任難以釐清，本會不贊成列入品質保證保留款核發指標。

### **王科長本仁**

牙醫總額醫療費用點數核減率僅約 0.5%左右，也就是說牙醫申報 100 點的服務，已經可以獲得約 99.5 點的支付，而品質保證保留款屬於額外支付，希望可以藉有鑑別度的指標，真正獎勵到傑出的院所。

### **翁委員德育**

全聯會堅持責任可釐清的指標，才能列入品質保證保留款。

### **黃召集人三桂**

各總額部門品質保證保留款的意義是額外給一筆錢，如果品質做得比較好就可以領取。全聯會有義務去訂一個可清楚辨別品質好壞的指標，也讓外界可以檢視。如果沒辦法，明年協商時健保局會建議不要列入品質保證保留款，免得大家傷感情。建議全聯會參考羅院長、醫管組與醫審的意見，好好處理。

### **蔡委員淑鈴**

第一項指標建議閾值調整，第三項指標需要考慮閾值合理性，第四個指標大概只有不到 10%的院所有資格領取，第五個口腔癌篩檢指標又不建議納入:所有政策上重要的部分全聯會都不建議納入，只留下通通有獎或是數據可以修正的部分指標，恐怕不妥。

### **黎委員達明**

醫院層級分配的跟牙科不太一樣，希望不要列入跨院所的指標:因為醫院與開業醫師功能不太一樣，不知道健保局可以接受對不同層級單位作不同的指標嗎?

### **羅永達院長**

新增醫院品質管理有 ranking 的問題，且更複雜!另外跨院的部分責任真的難以歸屬，醫院也只能默默忍受。例如 14 天內再住院或 3 日內再急診，我們陳述了很多次最後還是含淚接受。另外如果可以算出跨院

重複作全口牙結石清除的大致比例後調整閾值，就會比較實際。

### **蘇委員鴻輝**

請問一下健保局：其他部門品質保證保留款是否有跨院所的核發指標？

### **翁委員德育**

如果大家都有跨院所的核發指標，牙醫部門也只好從善如流。

### **蘇委員鴻輝**

建議一下指標一閾值同意降低，降到 80 百分位。因這項指標剛納入品保方案時院所合格率也只有 5 成，希望給院所一個可達到的努力目標。至於至少完成 1 件牙周統合照護計畫的指標是希望院所可以努力去推牙周統合照護計畫。品保的制度希望朝院所努力，可以得到回報這一目標去設計。至於同一病人 180 天內跨院所重複洗牙這項指標，建議可以從支付內容跟程序上另外討論。因牙周病病人疾病嚴重度分成三個層級，但是洗牙的層級上卻一視同仁，如果牙周病照護在第一段洗牙部分可依病情作調整，後端問題比較容易解決。當前如果閾值訂在 7.5% 左右加上各部門都有跨院所指標，牙醫這邊可以嘗試看看。

### **蔡委員淑鈴**

所以指標一訂在 80 百分位，本局需要重算，數值一定遠低於 4.5%。下修閾值之後與指標二相比，不至於對兒童牙科醫師太嚴苛。指標三閾值全聯會建議訂在多少才合理？7.49% 可行嗎？

### **王委員盛銘**

全聯會希望可以回去跑資料後決定，因台北分區以醫師歸戶後均值均值 7% 左右，訂在 7.5% 幾乎是一半了。

### **翁委員德育**

如果 貴局堅持放入跨院所重複洗牙指標，一定要分層級跟城鄉來看。這個指標差距太大了。

### **王委員盛銘**

跨院所責任為什麼是算後家的呢？如果病人需要在 180 天內在第二家院所重複洗牙，可能表示前家洗牙的品質不好。如果要求後家負起跨院所洗牙的責任，恐怕會造成類似洗牙人球的情形。

### **蘇委員鴻輝**

既然大家手邊沒有現成數據，建議第一項指標可以先訂在 80 百分位來試行。

### **蔡委員淑鈴**

本局同意。根管治療的部分本局同意貴會所提指標，初核核減率指標加入至少需完成 1 件牙周統合照護計畫，定義在可領到至少 1 次 P4003C 的話，因為這是第一年指標且內含追蹤部分，本局同意維持全聯會版本。新增口腔癌篩檢指標請國健局說明。

### **陳科長美如**

請牙醫師在看診時除了作牙科診療外順道檢查口腔癌前病變，早期發現早期醫療，這樣才能減少後端的醫療支出。另外國健局跟全聯會多次溝通，牙醫診所只有 5-6%提供口腔黏膜篩檢服務，比例跟篩檢量都很低，所以國健局也協助診所裝置軟體。

### **翁委員德育**

全聯會知道國健局立意良好，但是檯面上執行率低，不能代表牙醫師沒有幫病人作篩檢。在國健局專案之前，牙醫師持續在看牙的同時，幫病人作口腔黏膜篩檢，因為一些原因沒上傳申報，請不要把上傳率低全部歸責於牙醫師。不上傳主因是國健局系統跟牙醫目前的系統完全不一樣，剛開始系統要 15000 元，雖然現在不用收錢，但牙醫師還是要花很多心思去熟悉上傳軟體，不申報完全是因為技術上困難。在關鍵問題解決之前，不建議品質保證保留款列入本項指標。

### **陳科長美如**

國健局詢問過衛生局所，牙醫院所有提供口腔黏膜篩檢服務的不到 20%，有上傳的比例更低。另外國健局安裝的系統跟健保 IC 卡相容，在診所現今的 HIS 系統之下，安裝後只要鍵入吸菸、嚼檳榔資料後，附件可以用電子郵件的型式夾帶，上傳後送出就好了，並沒有想像那麼難。補充說明一下：耳鼻喉科接近一半的院所，有提供口腔黏膜篩檢服務，申報上傳的量也很多，照顧國人口腔健康，還是希望牙醫師可以多協助。

### **翁委員德育**

提供一些意見請國健局長官參考：衛生局提供資料看起來，牙醫執行口腔黏膜篩檢院所比例低，其實牙醫 100%都在執行篩檢。大部分醫師不會經過衛生所，就把癌前病變病人轉診到大醫院了，光從衛生局資料看到的是有跟國健局配合作篩檢的診所。另外耳鼻喉科處置時間非常短，牙科看診病人時間平均 20 多分鐘，國健局長官說程序很簡單，在牙科診所上執行還是很麻煩。如果能併同架設在健保的 VPN 系統下，每天例行上傳就 OK 了。

### **陳科長美如**

現在上傳很方便，直接用附加檔案就可以了。

### **吳委員政憲**

補充說明：剛跟新竹衛生局科長因為口腔黏膜篩檢率過低的問題開過會，最大問題是病人的基本資料要再鍵入一次，耗費時間，不管對醫師還是牙科助理都一樣麻煩。

### **陳科長美如**

現在的系統軟體是 IC 卡插進去後基本資料自動帶入，若要更新病患地址才需要重新鍵入。

### **吳委員政憲**

請問真正開始免費裝軟體是今年 10 月才開始嗎？

### **陳科長美如**

從今年 6 月開始。國健局也有到診所實際操作過，現在真的很方便。

### **王委員盛銘**

牙醫師承諾配合政策去作口腔黏膜篩檢，有什麼關鍵問題另外溝通，但是現在新增這項指標在品質保證保留款中真的不妥，是否隱含不配合作篩檢就缺乏品質的意味，牙醫師無法接受。再說篩檢經費的編列是否年年都有也值得存疑，請國健局不要為難牙醫師。

### **羅委員界山**

提供另一個方向思考：牙醫願意配合政府重大政策，但是請考量不同專科診所的情形，例如兒童牙科診所有意願配合也裝了軟體，但是看診病患全是不抽菸不嚼檳榔的兒童，不符合篩檢的標準，斷定缺乏品質而無法領取品保款，也說不過去。

### **陳科長美如**

補充說明：如果癥結點是上傳很麻煩，國健局同意牙醫院所以紙本替代，將紙本交給衛生局。

### **蔡委員淑鈴**

口腔癌篩檢是國家政策，早期發現對病人也是功德一件，現在國健局同意接受紙本，全聯會可以接受嗎？

### **翁委員德育**

我們最大的顧慮是把口腔癌篩檢列為品保款指標真的很牽強。

### **王委員盛銘**

納入口腔癌篩檢指標對專科診所(如兒童牙科)不公平。

### **蔡委員淑鈴**

篩檢還是希望診所可以多配合，因為第一線牙醫面對有潛在風險的病人最多，國健局也是擔心不納入指標，院所可能不願意配合篩檢工作。

### **許委員世明**

在座多位委員是地方公會理事長，其實地方公會真的是盡力配合了，也認同這項工作很重要，但是不宜放入品保款核發指標裡。

### **陳科長美如**

既然大家都認為會配合，也已經有在執行了，那列入品保款指標反而是加分才對。

### **王委員盛銘**

請考量一下院所間的公平性。

### **蘇委員鴻輝**

請國健局考量一下簡化申報上傳程序的問題。現在的問題是牙醫師不會申報。

### **陳科長美如**

衛生局所都可以輔導協助牙醫院所上傳。

### **蘇委員鴻輝**

現在最重要的是輔導牙醫師，能把作完的篩檢資料成功上傳。如果明年全聯會還是推不起來，再列入後年的品質保證保留款方案。

### **蔡委員淑鈴**

希望全聯會可以發揮同理心：全聯會想努力推廣牙周統合照護計畫，所以放到品保核發指標中，希望可以激勵大家；同樣的國健局希望能盡快提升口腔黏膜篩檢率，以免發現口腔癌已是中後期了，希望大家可以一起幫個忙。如果有上傳資料的障礙，國健局也釋出善意了，提供書面也算；至於兒童牙醫診所請往其他項努力，希望能互相體諒。

### **王委員人豪(陳彥廷委員代理人)**

根據本人的經驗，國健局的軟體現在上傳大概只要 1-2 分鐘就 OK，住址等基本資料也可以自動帶入，還算好用。但是這是因為我們懂電腦，很多醫師不一定跟我們一樣。新的系統或是新計畫剛開始，我們都會怕，希望各位可以給我們一些時間，如果系統真的可以讓老醫師都方便上手，全聯會要推行就比較容易。補充說明一下：書面資料作過一次大概耗費 20 分鐘，要寫很多表格，只會更麻煩。再說這一項比起牙周病來說，其實沒這麼緊急，同時符合 30 歲以上抽菸嚼檳榔考量牙科就



診率，其實數字真的沒有國健局想像的那麼高。

### **羅院長永達**

醫院代表補充說明：醫院的耳鼻喉科都在推行，加上國健局開放到其他科醫師受訓後也可以執行口腔黏膜篩檢，如果醫院裡其他專科都可以執行了，牙科應該沒那麼困難。牙醫應想想為何做不到？

### **翁委員德育**

牙醫師真的暫時還沒辦法接受這個系統，真的太匆促了，因為理事長已經承諾配合了，可以先暫緩一下，我們明年再看看。

### **陳科長美如**

國健局已經針對口腔黏膜篩檢推了 1 年，如果牙醫師真的有心要作，1 年的緩衝期應該足夠了。

### **蔡委員淑鈴**

提一個折衷方案：為呼應國家政策，我們降低口腔黏膜篩檢率的占率，筆數也可以再討論。

### **翁委員德育**

費協會某一次會議記錄有提到預防保健費用劃分給國健局，健保局只支付醫療費用。貴局是否要開這個前例？

### **蔡委員淑鈴**

健保局沒有付預防保健的錢，但是醫療品質要整體來看，例如家醫計畫中就有放入預防性篩檢之指標。我們還是先談降低閾值跟占率，配合國家政策也考慮到衝擊不要太大好嗎？

### **王委員盛銘**

請問口腔黏膜篩檢的預算，明後年都會有嗎？

### **陳科長美如**

預防保健口腔癌篩檢預計到 102 年作到 50%，預算會編到 102 年。

### **蔡委員淑鈴**

建議一下指標配分：第二到第五項配分維持 20%，推動牙周統合照護計畫跟口腔癌篩檢指標各占 10% 這樣可以嗎？

### **蘇委員鴻輝**

前四個指標各占 20%，推動牙周統合照護計畫占 15%，口腔癌篩檢筆數降低到 10 筆。現在篩檢目標有多少人？

### **陳科長美如**

一年希望篩檢 88 萬人。所有符合之篩檢對象約 400 萬人，如果每家牙

醫診所幫忙篩檢 60 筆，這樣也不到 88 萬筆的一半。

#### **蘇委員鴻輝**

請考慮牙醫就醫率只有百分之 40 左右。考慮到別家院所已經作過篩檢的不能重複作，我們建議 10 筆。

#### **陳科長美如**

國健局建議降低篩檢筆數，可以到 30 筆。有些牙科診所已經做到 200 多個個案了。

#### **蔡委員淑鈴**

決定指標占率 5%，100 年至少上傳 30 筆。

#### **黎委員達明**

想確認第一個跟第四個指標全國 80 百分位的問題：如果不分層級別的話，會被篩出來的多半是醫院。是不是可以同意醫院用另外的指標？

#### **蔡委員淑鈴**

建議第一與第三指標分診所跟醫院層級各自評比，分別均訂定 80 百分位。

#### **羅院長永達**

希望牙科作共管時，可以讓醫院實際經營者參與討論。現在直接決定有點困難，可以讓我們帶回去看嗎？

#### **許委員世明**

醫院層級的困難是有些牙科屬於外包的，規模上可能小於某些牙科診所。

#### **蔡委員淑鈴**

結論第一個指標(自家恆牙 2 年重補率)與第三個指標(同一病人 180 天內重複執行全口牙結石清除(含跨院)都分層級別。

**第六案 (原第 4 次支委會第十一案) 提案單位:牙醫師公會全聯會**  
**案由:有關「100 年度牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫(草案)案」。**

#### **羅委員界山**

請翻到議程 205 頁，貴局今年只同意植物人的部分，個人認為今天是為了照顧弱勢族群，在費用不夠時，先服務需求性高的族群，隨著民智開放希望慢慢照顧到其他族群。希望貴局考量肢體障礙的部分，因為肢體障礙不只腦性麻痺，希望可以納入肢體障礙中，其他精神疾病如舞蹈症、巴金森氏症等全身性缺損的診斷，這樣照護比較周全。

### **李科長純馥**

全聯會提出的版本中，沒有明確表達增列肢體障礙其他精神疾病部分，這樣本局需要重新作財務評估。

### **阮委員議賢**

上次提過上肢缺乏肢體的個案，98年特殊計劃有納入，99年卻排除掉。希望健保局在認定適用對象時可以從寬。

### **蔡委員淑鈴**

請問一下阮委員：上肢缺乏肢體應該不造成看牙的問題吧？

### **阮委員議賢**

上肢缺乏肢體生活自理能力較差，齲齒率較高。如果在經費許可的狀況下，建議可以放寬適用對象。

### **李科長純馥**

現在講到兩個層面：阮醫師提的是疾病嚴重度的問題。口腔衛生無法自理的病患來看牙時通常疾病嚴重度較高，未納入特殊計畫適用對象就無法每90天作一次牙結石清除；但是這應該是要回頭去看牙結石清除哪些個案應該排除，針對嚴重度高的病人，不要限制180天內不得重複執行。因為監理委員會要求把其他非就醫困難的身障病人都排除，現在又重新納入，很難說服監理會的委員。

### **阮委員議賢**

事實上希望健保局可以把這個意見反映給監理委員會。希望智障以外的障別可以有發聲的機會。

### **羅委員界山**

貴局在意的主要是治療困難的問題，肢體障礙中其他精神疾病部分希望可以跟監理會委員溝通後，詳談列入適用對象的可能性。再來第208頁論質給付的部分，全聯會希望醫生在醫療外，多做一點才列入本條文。到宅醫療的部分，全聯會覺得這是正確的事情，應該儘量去做，貴局認為未來可以跟長照結合在一起，但是身心障礙者跟長照照護對象還是不太一樣。

### **李科長純馥**

這邊可以請公會同意增列植物人為適用對象後，醫療團定期到身心障礙福利機構服務的部分，可以註明限教養機構嗎？

### **羅委員界山**

希望目前先不要寫得這麼嚴，因為部分身心障礙機構名稱叫養護中

心、發展中心等，全聯會這邊一定會把關不列入安養院。

### **蔡委員淑鈴**

寫清楚健保局會比較放心，因為安養機構不只是在牙醫，各總額問題都很大。名稱希望跟羅醫師確認之後列進去。

### **廖委員敏瑩**

請教一下今年跟監理會訪視時，看到很多需要牙科進去處理，當時蔡組長也有答應。

### **蔡委員淑鈴**

今天中午才跟陳節如委員報告到宅醫療的部分，我們並不反對這些對牙醫需求殷切的病人提供服務，但是要帶多少設備到病患家裡，另外能提供哪些服務、多久要去一次、花費多少也沒有明確定義，另外可能潛在的服務對象，財務上負擔也沒有估算過，適用對象放寬後，也會排擠現在的適用對象。如果剛剛提到的部分可以找時間再釐清，衡量財務狀況，看是要放寬服務對象還是另外爭取預算。監察委員現在也在質疑健保資源分配的公平正義，這個提案健保局願意留下參考，在適當的時候推動，本案特殊計劃先限定在原先設定的這群人，如果有餘力再考慮是否放寬服務對象。

### **廖委員敏瑩**

回應一下安全的問題：我們有醫療車，碰到緊急的狀況急救設備在醫療車裡都有。另外處置範圍上目前參與的是教學醫院的醫師跟護士過去，不會派牙科助理，經費使用也不會用太多。

### **蔡委員淑鈴**

一旦規則放寬之後，參與醫師跟診療的病人就不會只有現在看到的這些。另外牙科多少有侵入性，也怕會有感染的問題，到宅醫療能服務的範圍希望可以諮詢醫事處，關於設置標準及政府相關規範的部份健保局不應該逾越。

### **廖委員敏瑩**

我們繼續再規劃，希望明年可以看到一些成果。

### **蘇委員鴻輝**

希望貴局相關人員可以安排參觀一下醫學中心人員，如何執行這個服務。全聯會認知是不論在哪裡，有病人需要牙醫服務又符合計劃標的我們就會去。另外可以請貴局提供針對安養機構發生的問題，提供意見給全聯會，這樣全聯會在規劃時可以預作準備。

**蔡委員淑鈴**

可以。

**羅委員界山**

第 224 頁全聯會同意實地訪視時，會同分區業務組。

**李科長純馥**

分區業務組在執行上希望全聯會同意兩個部分：第 210 頁，可以請全聯會針對 150 人以上機構給我們院民名單，第 221 頁醫療團送排班表給全聯會時，可以給分區業務組嗎？

**蘇委員鴻輝**

同意。