

# 「牙醫門診總額支付委員會」 101 年度第 1 次臨時會議紀錄

時間：101 年 12 月 4 日(星期二)下午 2 時整

地點：18 樓大禮堂(行政院衛生署中央健康保險局)

主席：蔡召集人魯

紀錄：張桂津

出席人員：(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	李委員明憲	吳政憲代
李委員懷德	林順華代	黎委員達明	黎達明
呂委員毓修	呂毓修	張委員宏如	黃鈺生代
沈委員一慶	請假	黃委員建文	黃建文
林委員俊彬	林俊彬	阮委員議賢	吳享穆代
林委員文德	林文德	徐委員正隆	徐正隆
林委員啟滄	請假	黃委員月桂	黃月桂
林委員敬修	林敬修	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
翁委員德育	李楊鈞代	張委員文輝	張文輝
梁委員淑政	梁淑政	張委員文炳	請假
許委員世明	許世明	劉委員俊言	溫斯勇代
鄧委員延通	請假	郭委員正全	劉炎秋代
陳委員建志	陳建志	謝委員武吉	請假
陳委員彥廷	陳彥廷	羅委員界山	羅界山
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	蘇委員益信	蘇益信
吳委員成才	吳成才		

列席人員：

行政院衛生署健保小組  
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  
  
中華民國藥師公會全國聯合會

蘇芸蒂  
林淑華  
黃茂栓、邵格蘊、廖秋英、  
連新傑、謝欣育、朱智華、  
潘佩筠  
林家瑜

中華民國醫檢師公會全國聯合會  
台灣社區醫院協會  
本局臺北業務組  
本局北區業務組  
本局中區業務組  
本局南區業務組  
本局高屏業務組  
本局東區業務組  
本局醫審及藥材組  
本局資訊組  
本局企劃組  
本局會計室  
本局醫務管理組

王榮濱  
王秀貞  
莫翠蘭、邱玲玉  
倪意梅  
程千花  
王世華  
李金秀  
劉翠麗  
曾玟富  
姜義國  
詹孟樵  
黃莉瑩  
林阿明、李純馥、張溫溫、  
王淑華、甯素珠、楊耿如、  
廖子涵、李健誠、鄭正義、  
李佩純

## 一、主席致詞(略)

## 二、討論事項

(一)、案由：修訂「102年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」。

決議：「牙醫門診手術」部分暫不納入保障項目，餘依上次會議決議辦理。

(二)、案由：「102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」修訂案。

決議：

1. 「初核核減率」改分層級計算，餘依上次會議決議辦理，修訂後內容詳如附件1。
2. 依行政程序辦理後續公告事宜。

(三)、案由：「牙科支付標準表」修訂案。

決議：

1. 同意調高感染管控之診療費、牙科局部麻醉費、部分診療項目等之支付點數等 23，依行政程序辦理後續公告事宜。

(四)、案由：「102 年度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。

決議：

1. 計畫修訂重點如下：

- (1). 執業計畫及巡迴計畫中相關離島院所至同一縣市離島執行巡迴服務之論次費用支付規定，修正為「另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次費用以三級計算。」。
- (2). 執業計畫醫師至鄰近鄉鎮巡迴之鄰近鄉鎮定義為「本方案公告之鄉鎮」。
- (3). 巡迴計畫申請論次資格之除外地區級數新增「二級無牙醫鄉」。
- (4). 執業計畫院所每月總服務量管控成數調高 5%，即一、二、三、四級地區第 2 年起每月申報之論量費用應分別達成保障額度之 55%、35%、25%及 20%，另新增執業計畫院所「第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次費用以 30%支付」之規定。
- (5). 原有執行之「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」納入醫缺方案第三項計畫中。

2. 修訂後內容詳如附件 3。依行政程序辦理後續公告事宜。

(五)、案由：「102 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」修訂案。

**決議：**

1. 計畫修訂重點如下：

- (1). 依適用對象配合 ICF 規定修訂文字。
- (2). 新增醫療團到主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心，提供長期臥床無法移至診療椅患者之牙醫服務。

2. 修訂後內容詳如附件 4。依行政程序辦理後續公告事宜。

(六)、案由：「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」案。

決議：修訂後內容詳如附件 5，依行政程序辦理後續公告事宜。

**五、臨時提議。**

案由：「102 年度各分區一般預算分配」案。

**決議：**

1. 自一般服務移撥 1.64 億元，支應牙周病統合照護計畫第三階段(P4003C)。
2. 自一般服務移撥 0.5 億元，支應「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」。
3. 自一般服務移撥 1.9 億元，支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

**六、討論事項與會人員發言摘要詳如附件 6。**

**七、散會：下午 16 時 5 分**

## 附件6 「討論案」與「臨時提案」與會人員發言摘要

### (一)、案由：修訂「102年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」案。

#### 蔡召集人魯

本案為修訂「102年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」，請牙醫全聯會與行政部門先行說明。

#### 陳委員彥廷

有關「牙醫門診手術」部分是否納入保障項目，經本會評估，擬從支付點數之調整來處理，不建議納入102年保障項目。

#### 張科長溫溫

由本局提供資料顯示，「牙醫門診手術」之醫令分散於各案件類別，且其醫令之難易程度不一，若直接以「案件類別13」或「牙醫門診手術」之醫令作為保障項目似有不妥，同意牙醫全聯會意見，依治療之難易程度直接調整支付標準為宜。

#### 陳委員瑞瑛

請問若只保障92201到92229的「開刀房手術」醫令，會有多少影響？

#### 張科長溫溫

醫令代碼92201到92229「開刀房手術」部分的治療是難度較高的，依本局試算100年的醫令，全年申報在「案件類別13」約70萬點，多由醫院申報，全部予保障，以每點0.9估計，約只有7萬元，因此本局不建議納入保障項目，應依治療之難易程度直接調整支付標準較合適。

#### 陳委員瑞瑛

個人覺得這樣對醫院口腔顎面外科是不合理的。

#### 陳委員彥廷

牙醫門診的點值近年來都接近1，若只為了70萬點，做很多行政調整，似乎不太符合行政效益，建議直接調整支付標準較實際。

#### 陳委員瑞瑛

請問本次有調整92的支付標準嗎？

### 陳委員彥廷

本次支付標準之調整，乃考量整體牙醫支付標準衡平性進行調整，亦包含有 92 開頭醫令。

### 陳委員瑞瑛

只是調整支付標準的點數，對點值低的地區效益不大，例如台北。牙醫手術大多由醫院執行，若不能保障牙醫手術，對醫院的口腔顎面外科是不公平的。

### 吳委員成才

1. 依健保局提供資料可以看到，92 醫令總計約 31 億，申報在「案件類別 13」約 6 千萬，申報在「案件類別 19」約 30 億，約占 9 成，所以我們今天討論的重點應該是考量門診申報 92 醫令這部分，要討論「案件類別 13」，還是「案件類別 19」，還是全部討論，牙醫全聯會的意見是都不討論。
2. 可以請問「案件類別 19」的部分，是包含那些項目嗎？

### 王委員盛銘

目前在申報案件類別「13」或「19」，定義並不明確，有些基層診所申報「13」是因為跨表，一定要報「13」，有些醫院門診手術還是會申報「19」，所以目前沒辦法單純用「案件類別」來區分門診手術。

### 蔡召集人魯

「牙醫門診手術」部分，由牙醫全聯會另案以調整支付點數來處理，不納入 102 年保障項目。

## (二)、案由：「102 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案。

### 蔡召集人魯

本案為修訂「102 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，請委員發表意見。

### 陳委員彥廷

1. 有關是否新增「週日及國定假日看診 1 天以上者或醫院提供牙科急診服務」乙項，本會考量少數看診天數，民眾並沒有因此而更方便，故決定撤案，但會另外採其他措施來增加民眾就醫的可近性。

2. 「初核核減率」部分，經本會討論後，同意分為醫院與基層診所層級分別計算，超過 95 百分位者不予核發。
3. 另請醫院牙科可以協助本會，就醫院牙科之審查提供行政支援，俾利內部審查的整合能做得更完整。

### 陳委員瑞瑛

基層診所的行政比較單純，只要一套系統就可以設計檢核，但醫院是由資訊中心執行，對象是全院，無法針對牙科的需求進行檢核，對醫院牙科而言，直接以電腦檢核，協助牙醫師處理申報內容是比較困難的。

### 吳委員成才

1. 醫院的電腦系統比較龐大，牙科接到分區訂定的評核指標規定時，就要改電腦，我們牙醫師也都配合修訂，但當把資料送到醫院的大電腦時，它又會依照它自己的規則改回來，因此，雖然醫院牙科都有儘量配合，但執行上有難度，也請牙醫全聯會諒解醫院牙科的難處。
2. 依健保局提供「初核核減率」分層級不予核發占率，醫院與基層診所確有不同，在資訊對等上，醫院牙科屬於弱勢。影響核減率的影響因素，有兩個要特別考量，一是各分區有不同的免審規定，基層診所要審的機率比較低，醫院則比較高，導致兩者立足點不平等；另一是分區差異，各區在免審規定與免審的鬆緊程度不同，若全國一起比，又造成另一種不公平。

### 蔡委員淑鈴

請問目前牙醫門診各分區的免審規定是否不同？

### 陳委員瑞瑛

不同。

### 陳委員彥廷

不同。

### 溫委員斯勇

請問各分區院所抽審比例是否不同？但也不會因免審規定不同而改變才對？

### 蔡委員淑鈴

1. 若目前各分區之免審規定不同，「初核核減率」定在 95 百分位，

的確會因分區不同而影響院所的成績，建議牙醫全聯會應針對專審部分，訂定一致性的標準。

2. 有關「口腔癌篩檢」，建議將目標值 10 件提高為 30 件，可以多篩檢出口腔癌病人，納入 102 年新增「口腔癌統合照護計畫」。一般來說，西醫篩檢出口腔癌病人，很少轉給牙科，因此，由牙醫門診篩出口腔癌病人後，即可納入治療，似較合理。

### 陳委員彥廷

1. 依目前專業審查委託契約規定，各分區之專審由各分區分會與各分區業務組，依該分區特性與需求擬定，牙醫全聯會會訂定一致性的架構，但各分區還是要有個別發展的需求。
2. 有關「口腔癌篩檢」，牙醫診所執行率低的原因，因為規定 30 歲以上、有抽煙、有嚼檳榔者，才能進行口篩，這些病人大多在醫院就醫時就完成，因此，牙醫診所可以做的個案數量有限，並不是牙醫診所不努力做，考量實際情形，本項指標目標值不宜太高，建議仍維持 10 件。

### 蔡召集人魯

有關「口腔癌篩檢」之目標值，訂為 10 件或 30 件，請醫院代表發表意見。

### 陳委員瑞瑛

因為符合口篩的病人來源有限，因此牙醫基層診所執行「口腔癌篩檢」的確比較困難，個人認為本項指標跟「初核減率」，都不適合納入品保指標中。

### 曾視察玫富

依專業審查委託契約的精神，總會（牙醫全聯會）對各分區執行委員會，負有溝通與協調的責任與義務，雖然各分區需考量醫療需求特性不同（例如部分分區有山地離島地區，需特別考量），因此需要有一些因地制宜的調整，但總會應該要訂定一個一致性的原則，讓各分區遵循，讓各分區審查的差異不要太大。

### 許委員世明

本會經會議討論，針對免審指標已有一致性的作法，80%為共同項目，20%則由各分區依區內特性另外訂定，目前免審指標大多跟著品質保證保留款指標走，基層診所與醫院的指標都是相同一致，並未依層級不同而另訂之。



### 陳委員瑞瑛

這樣對醫院不公平，因為基層診所的行政檢核措施比較容易執行，醫院是比較困難的。

### 徐委員正隆

有關抽審原則，東區是採積分制，基層採 3 分，醫院採 4 分，對醫院是比較開放與保障，各分區依特性有其不同。要達到絕對公平是很難的，有些院所申報的量很少，但是抽到一點點，又被核減 1~2 件，相對核減比率會達到 50%，所以，申報少的反而容易被抽審，申報多的若核減比率 5%，反而量很大，建議依個案個別情形去處理。

### 陳委員彥廷

本會將與各分區、醫院牙科協會共同討論，未來針對抽審辦法進行修訂。

### 吳委員成才

1. 依健保局提供 100 年初核核減率各層級不予核發結果，基層 304 家不予核發占該層級 5%，醫院 28 家不予核發占該層級 15%，但整體不予核發是 5%，這是因為醫院與西醫基層齊頭式標準的結果。
2. 依申報院所比例，醫院約占 8%，基層約占 92%，因此，若同樣的標準來要求醫院和基層診所，會造成不公平。
3. 考量醫院與基層所提供之服務特性不同，建議下次會議，可針對過去 3 年，各分區各層級醫療院所免審家數與比例進行報告，大家再來討論目前免審是否合理。

### 王委員盛銘

台北醫院與基層診所，已經分開來各自進行抽審，各層級以相同的比例進行抽審。

### 蔡召集人魯

1. 有關新增「週日及國定假日看診 1 天以上者或醫院提供牙科急診服務」乙項，牙全會決定撤案，但會另外採其他措施來增加民眾就醫的可近性。
2. 「初核核減率」部分，改為醫院與基層診所分層級計算 95 百分比。
3. 「口腔癌篩檢」之件數，102 年比照 101 年維持為 10 件。

(三)、案由：「牙科支付標準表」修訂案。

**蔡召集人魯**

本案為修訂「牙科支付標準表」，請醫務管理組先行說明。

**李專門委員純馥**

經本局與牙醫全聯會會前會討論，牙醫全聯會所提供調整點數部分，經依本局醫令量試算，總預算還是超過 4.73 億，為 4.86 億，建議針對部分診療項目之調增點數，按其比率予以調降，其他診察費與內含麻醉費之調整維持原共識未調整下修。

**蔡召集人魯**

依健保局與牙醫全聯會討論後有共識之意見修訂。

**陳委員瑞瑛**

部分醫令之調整，差異從 800 點到 2,300 點，例如「92017C 囊腫摘除術」原來為 800 點，調至 3,000 點，但未看到成本分析表，請問健保局是否有進行試算？請說明。

**連醫師新傑**

1. 「92017C 囊腫摘除術」為位於齒槽骨硬組織內囊腫摘除，與西醫之軟組織內囊腫摘除不同，較類似的是耳鼻喉科支付表內 65053B, nasopalatine duct cyst 摘除，給付為 9314 點。
2. 「92017C 囊腫摘除術」，手術時間 1 個小時以上，有其複雜度，且自健保開辦未曾調整，故本次調幅較大。
3. 本會已將每項調整支付表的成本分析送健保局，並提供實證資料，於會前會進行討論，才獲健保局同意，皆依支付標準修訂相關規定辦理，且本項醫令多屬醫院申報之手術類別。

**蔡委員淑鈴**

102 年協商時，並沒有協商調整支付標準的預算，本次支付標準調整的經費來源為 102 年非協商的「醫療服務成本指數改變率」1.26 億元，加上 99 年與 100 年「品質保證保留款」的 3.47 億元，合計 4 億多，健保局尊重牙醫全聯會的決定，未來也期待醫院總額可以將非協商的「醫療服務成本指數改變率」的預算，用來調整支付標準偏低的部分。

**陳委員瑞瑛**

醫院總額點值低，可能無法以此方式來調整支付標準，牙醫總

額點值高，才能以此方式來調整支付標準。

### 蔡召集人魯

本案依健保局提案說明的內容通過。

## (四)、案由：「102 年度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。

### 蔡召集人魯

本案為「102 年度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，請醫務管理組先針對修訂部分做說明。

### 王科長淑華

1. 上次會議決議本次會議要確認的內容，為「執業計畫至鄰近鄉鎮執行巡迴醫療服務之『鄰近鄉鎮』定義」及「巡迴計畫申請論次資格須送審之地區級數」等，經本局與牙醫全聯會召開 2 次會前會討論，「鄰近鄉鎮」之定義部分已有共識，改為「本方案公告之鄉鎮」。
2. 另未獲共識，希望於本次會議討論的部分有 2 項，「執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數」、「另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次費用以該地區原訂級數次一級計算。」。

### 蔡召集人魯

請各位委員，先就「執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數」部分，表示意見。

### 蔡委員淑鈴

1. 醫缺執業醫師都有保障額度，原來即有規定論量到達一定比例，才能核發保障額度之金額，若未達目標則予減計。但是執業醫師

除了在執業點提供服務，也可以去巡迴醫療，然後帶回院所申報，把論量點數補足，但是巡迴醫療又另外可以領論次費用。

2. 本局認為，醫缺執業點應妥善經營，營造良好就醫環境，提供民眾有品質的牙醫醫療服務，讓民眾縮短外出就醫的距離，因此，在執業點提供服務應優於巡迴點，但目前部分獎勵診所反而在執業點看得少，巡迴服務做得多，雖然兩者相加，量可達成本方案的服務量，但又另外多支了很多論次的費用，甚至超過保障額度甚多。
3. 本局認為應該提高醫缺執業醫師在執業點提供服務的誘因，鼓勵民眾在該執業點就醫，才符合本方案的精神。
4. 在診間的服務品質比較好，出去巡迴，因設備不足，民眾接受到的服務品質也比較不好，因此提出本項的修訂。

### **蔡召集人魯**

接下來，請消費者代表以民眾的角度發表意見，請消基會代表黃委員。

### **黃委員鈺生**

若出去巡迴時，是設備齊全的貨櫃車出去，醫療服務品質跟在診間相同，我們當然沒意見，如果是設備很陽春，只是簡略處理，達不到與診間同品質的服務，那我們就要另作考量。本身家人就是住在無牙醫鄉，贊同蔡組長的意見，服務要達到一定成數，或一星期的開診診次要達5天等，不能變成以巡迴醫療為主，執業為輔。

### **蔡召集人魯**

接下來，請專家學者發表一下意見。

## 黃委員月桂

剛剛蔡組長的說明很有道理，可以請牙醫全聯會說說修訂的看法嗎？

## 林委員文德

剛剛蔡組長說的精神是正確的，至於達成成數，可能也要考量當地的市場規模與醫療需求，如果當地醫療需求低，你要求執業醫師留在執業點，不如出去巡迴，還可以多服務一些人，這部分可能要多一點的資料，依地區醫療需求去計算應達成的成數。

## 陳委員彥廷

1. 雖然醫缺執業醫師有巡迴醫療服務，但是配合當地民眾需求與分佈的特性，例如金山地區，村落人口不多而且分散，因此有一個執業點，然後讓執業醫師就近去巡迴提供服務。如果設一個點，可是不足以讓它達到一個服務量，我們就會考量是否只要去巡迴就好，不需要設一個執業點。但若地點偏僻，雖然服務量不高，但若不設點，民眾又要到很遠的地方才能得到服務，這又是另一種考量。
2. 蔡組長的意見我們也認同，建議朝兩個方向修訂，一是要達保障額度的最低服務量，要適度提高；二是論量加論次要達一定量，才能領論次的費用。

## 蔡委員淑鈴

1. 醫缺方案提供的誘因有兩項，執業與巡迴服務，而且鼓勵執業勝於巡迴服務，因為執業有執業點，更可以保障牙醫醫療服務品質。有了執業點，已經縮小民眾就醫的距離，應該是鼓勵民眾到執業點接受品質比較好的服務，而不是一直停留在巡迴醫療的就

醫模式，巡迴醫療的服務品質是比較差的，是當沒有執業點，不得不的選擇，因此，為保障醫療品質，應還是以執業點的服務為主。

2. 同意牙醫全聯會，將執業保障額度最低服務量的門檻提高，但同時應限定巡迴服務的比例，讓執業點提供服務的比例提高。

### 徐委員正隆

贊同蔡組長的意見，但若為偏遠的山地離島地區，例如蘭嶼，好不容易有醫師願意去，但東北季風季開始時，搭船跟飛機都不容易，對有特別環境的地區還是要另作考量為宜。

### 蔡召集人魯

醫缺醫療服務，需要長久經營，且執業點的服務品質較佳，依蔡組長的意見修訂本項，惟考量某些地區之特殊性，排除離島要搭船的區域。

### 溫委員斯勇

感謝主席可以考量部分離島地區有其特殊性，同意離島地區可以執業服務與巡迴併行不受限。原計畫已有定點執業與巡迴的診次限制，實不需再訂「量的比例限制」。

### 林委員敬修

民眾不願到執業點去就醫，都有個別的因素，離島地區是因為要搭船，山地鄉也是有颱風、下雨與落石的問題，而且偏遠地區聚落又很分散，健保局建議將門檻提高，本會在審核各執業點可以去幾次時，是很難訂出一個一致的標準，同意達成成數與服務量逐年

提高，原來方案依層級不同保障額度不同，建議 102 年須達成保障額度成數提高 5%。

#### 蔡委員淑鈴

建議增加一個限制，巡迴服務量不得高於一定比例，讓執業醫師可以以執業點的服務為主。

#### 林委員敬修

目前規定執業點提供的醫療服務診療時數要達 24 小時，巡迴最少要 6 小時，方案的精神是兩者並重，

#### 蔡委員淑鈴

1. 建議應以執業點為主，巡迴服務為輔。
2. 本局分析資料發現，有執業點的服務量每個月可達 60 萬，可是還是去做巡迴服務，服務量太高，讓人擔心服務品質；另外有些醫院的服務量是巡迴服務多於執業點，變成是以巡迴為主。
3. 建議限定巡迴醫療服務的成數，慢慢引導執業醫師以執業點的服務為主。

#### 林委員敬修

1. 若限定巡迴服務的成數，對於某些偏遠地區，位於比較分散的部落的執業點是比較不利的。
2. 建議針對服務量高的院所，依分析資料，列為訪視考核的對象，去個別瞭解與處理；另本會於審查巡迴申請時，已有規範，論量的錢與論次的錢不得超過 1 比 1，但有排除四級以上的地區，本會亦將此部分考量納入修訂。

### 蔡委員淑鈴

1. 目前的巡迴服務有兩極，一是出去看沒有幾個人，領了很多論次費用，一是去學校，看了很多小朋友。
2. 雖然有規定執業醫師要出去巡迴幾次，但沒有限定服務量，因此雖然出去巡迴，但服務量偏低，這樣只是消費時間，這樣的誘因設計應該要修正，不應只是達到次數的目標，不去管服務量與服務品質。

### 陳委員彥廷

1. 巡迴與執業服務量的比例，目前本會內部已有規範，不過尚未納入本方案。
2. 目前執業計畫，要求要有 2 次巡迴服務，多出的部分也有審核機制，本會再納入實際作業中。至於論次多做的部分，建議在這個審核機制中，直接讓它少做即可。
3. 至於執業計畫是否要有 2 次巡迴服務，是可以討論的。

### 蔡委員淑鈴

牙醫的論次計酬以每小時計算，每次出去 3 小時，是一項很可觀的報酬，這是問題所在。執業點的服務，巡迴醫療不應是其誘因，因此，為維護執業點的服務品質，不一定要提供巡迴醫療服務。

### 陳委員彥廷

1. 本方案已有規定，每週服務時數，不超過執業地點門診總時數。
2. 四級地區大多是老人跟小朋友，請再考量醫缺的特殊性。

### 黃委員建文

1. 會去醫缺地區執業的醫師，大多是有愛心，或是本會幹部配合政策去推動，會去巡迴服務，也是不得不，大家都喜歡待在執業



點就好，以現在的誘因，仍不足以讓醫師去醫缺地區開業，有些地區還是會裡去拜託醫師去開業。

2. 本會同意蔡組長的意見，我們也會去努力，但目前實際執行仍有困難，醫缺地區多是老人與小孩，很難真的跨區到執業點，因此執業醫師需要巡迴去提供服務。

### 黃委員月桂

如果大家都同意這樣的理念，本項修訂只要再加一句話就可以，如果是離島或山地特殊地方，經申報核准後，得另案考量。

### 蔡召集人魯

本項依健保局意見修訂，惟考量某些地區之特殊性，經申報核准後，得另案考量。

### 林委員文德

1. 方案所訂「每週服務時數，不超過執業地點門診總時數」，與蔡組長所提巡迴服務量不超過執業點服務量部分，似乎不同。
2. 依本方案，執業論量亦包巡迴的服務量，因此，不需要訂定成數，只要規定巡迴服務申報量不超過執業點申報服務量即可。

### 黃委員建文

若規定巡迴服務申報量不超過執業點申報服務量，可能有些執業點做不到，無法生存就會退場，請三思。

### 蔡委員淑鈴

若牙醫全聯會同意本局的意見，有關比例部分，可以會後看數據再討論。

### 林委員敬修

建議比例應依分級不同，分開訂定。

### 蔡召集人魯

本項依健保局意見修訂，比例部分，由本局與牙醫全聯會依數據討論後，按級數訂定不同之比例。

### 蔡召集人魯

請委員就「另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次費用以該地區原訂級數次一級計算。」部分，表達意見。

### 林委員敬修

1. 離島澎湖地區，湖西和西嶼原來就是三級(離島)，若降一級就會變成二級(本島)，離島的醫療成本較高，若以二級支付較不合理，本會建議三級仍採三級支付。
2. 本項是巡迴，執業計畫亦有相同條項，建議一併修訂。

### 蔡委員淑鈴

同意。

### 張科長溫溫

有關第三項新增「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」，內容本局無意見，惟建議依 101 年方式另列。

### 陳委員彥廷

另列本會無意見，惟考量若太多計畫同為醫療資源不足，似有不妥，故 102 年納入本方案。

### 蔡委員淑鈴

同意納入本方案第三項。

### 蔡召集人魯

同意牙醫全聯會意見，納入本方案第三項。

## (五)、案由：「102 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」修訂案。

### 蔡召集人魯

本案為「102 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」修訂案，請牙醫全聯會說明。

### 羅委員界山

有關「適用對象」內容「05 肢體障礙者重度以上(限腦性麻痺者—輕度、中度、重度、極重度)」文字，建議維持原來文字「肢體障礙(限腦性麻痺及重度以上肢體障礙)」。另「染色體異常」是屬原計畫適用對象，**確定健保局修訂版本仍要納入，不應排除。**

### 甯視察素珠

適用對象原則不變，本次修訂乃配合 ICF 新分類項目，「需為新制評鑑為第 1 類及第 7 類者」予修訂文字。

### 李專門委員純馥

1. 同意修改為「05 肢體障礙者重度以上(限腦性麻痺及重度以上肢體障礙)」。
2. 另「16 經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常)等身心障礙者」部分，目前已刪除，建議維持原來的文字「需為新制評鑑為第 1 類及第 7 類者」。

### 陳委員瑞瑛

明天衛生署開會，針對身心障礙這部分會有大幅修訂，包括鑑定工具等。

### 蔡召集人魯

本計畫屆時再配合衛生署公告內容一併修訂。

### 羅委員界山

有關 P43 「到點牙醫醫療服務」，建議改為「特定需求者牙醫醫療服務」，以下的文字一併修訂，「特定需求者」之定義已於適用對象定義。

### 溫委員斯勇

請問第 41 頁有關醫療設備器材要包含「生理監視器」，是否有特別原因？這是有別於以往的規定。

### 羅委員界山

「生理監視器」是為了監測病人生命徵象，因為有時候治療會太專心，有「生理監視器」比較可以知道病人的情形，會比較安全。

(六)、案由：「口腔癌統合照護計畫」案。

### 蔡召集人魯

本案為「口腔癌統合照護計畫」，請委員看 P128~141，逐條修正，若委員有意見可表達，若無則依修訂案內容通過。

### 李專門委員純馥

1. 依據、目的部分本局無意見。
2. 有關適用治療對象，建議以診斷疾病代碼明定較明確。

### 黃醫師茂栓

紅斑、白斑無相關代碼，是否可以以其他代碼來取代？

### 蔡委員淑鈴

請說明「牙科確診」是如何確診，是病理切片嗎？非牙科確診可否納入？文字請寫入較具體。

### 黎委員達明

可否說明「牙科確診」的意義？若在其他科做的病理切片就不算嗎？個人覺得要考慮病人權益，若有病理確診應該就算，就可以加入這個計畫。

### 蔡委員淑鈴

因目前口腔癌可能於西醫治療，或於牙科治療，因此需區分是否「牙科確診」才能納入本計畫。

### 黃委員月桂

可否將文字改為「經病理切片確診」即可。

### 陳委員瑞瑛

醫院其他科門診也可以轉介個案加入這個計畫追蹤與治療嗎？

### 蔡召集人魯

1. 將「牙科確診」改為「經病理切片報告確診」。
2. 適用治療對象改為診斷疾病代碼。

### 李專門委員純馥

支付標準部分，本計畫支付標準醫令建議比照其他醫療給付改善方案，代碼改為 P 開頭；定期追蹤治療及非定期追蹤治療之支付點數，調降為 600 與 400 點，並加註若有其他疾病需另作治療，可再另外申報醫師診察費。若要維持原來的支付點數，則需明定為含診察費。

### **黃醫師茂栓**

本會建議維持原支付點數，說明如 P140。口腔病變的追蹤監測，跟一般的口腔檢查有所不同，而且，口腔清潔維護治療，包含移除口腔內尖銳牙齒結構填補物等等，這都是要作處置的部分，可以加強病人戒檳、戒菸追蹤的意願，增加病人改除的動機。另外我們還會門診後持續電話聯繫病人，加強病人戒檳、戒菸衛教及個人不良習慣之戒除，所花的時間較多。

### **李專門委員純馥**

目前西醫論質計酬方案(糖尿病、氣喘)的追蹤費都沒這麼高，糖尿病除了要團體衛教，還要聘營養師、護理衛教等其他專業人員，考量總額間支付標準的衡平性，且本項為新計畫，計畫初期，建議支付點數不宜過高，且本計畫預算額度只有 2 千 3 百萬，還是保守一點，希望牙醫全聯會能夠接受。

### **蔡召開人魯**

請專家學者提供一點意見。

### **林委員俊彬**

同意健保局意見，本計畫才剛開始，先以 600 點與 400 點去支付，以後看成效結果再來調升會比較好。

### **黃委員月桂**

雖然 600 點與 400 點較低，但若有疾病治療時可另外申報診察費，整體來看應該算合理。

### **蔡召集人魯**

若大家沒有其他意見，本案依健保局意見，定期追蹤支付點數改為 600 點、非定期追蹤支付點數改為 400 點、氟托 1500 點，若有疾病診療時可另報診察費。

### **陳委員瑞瑛**

請問若病人頭頸經放射治療後，是否可以轉給牙科門診提供氟托治療？

### **李專門委員純馥**

是，只要是頭頸部癌症病患經放射線治療，都可以參加這個計畫，支付標準內註 1 已有說明，氟托是客製化，不是標準化的同一規格，所以支付點數較高。

**陳委員瑞琪**

請問醫院部門會收到這個訊息嗎？這個計畫對病人很好，希望可以加強宣導，讓每個醫院和病人都可以知道。

**林委員俊彬**

以台大醫院為例，有專門的兩個門診提供本項服務，病人很多，本項服務是必要的。

**蔡委員淑鈴**

本項支付標準會列於一般支付標準表中，非屬本計畫的病人也可以使用。

**黎委員達明**

醫院牙科是一個團隊(Team Work)，醫院裡也有人參與本計畫的治療團隊，這部分應該是有互相溝通。

**陳委員彥廷**

口腔癌病人可能有開化療用藥，所以本計畫把它排除在外，因此有些化藥價格較高，所以不宜用這個計畫的錢。

**李專門委員純馥**

專款費用就用 P 碼計算。

**蔡召集人魯**

依前述決議通過。

**臨時提議。**

**案由：「102 年度各分區一般預算分配」案。**

**蔡召集人魯**

本案為「102 年度各分區一般預算分配」案，若無意見，則全案通過。