

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

103 年度第 1 次會議紀錄

時間：103 年 2 月 25 日(星期二)下午 2 時整

地點：18 樓大禮堂(衛生福利部中央健康保險署)

主席：蔡副署長魯

紀錄：甯素珠

出席人員：(依據姓氏筆劃順序排序)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表人豪	王人豪	徐代表正隆	徐正隆
王代表盛銘	王盛銘	徐代表邦賢	徐邦賢
石代表家璧	請假	翁代表德育	翁德育
朱代表日僑	朱日僑	許代表世明	許世明
吳代表成才	請假	許代表明倫	許明倫
吳代表明彥	吳明彥	連代表新傑	連新傑
呂代表毓修	呂毓修	陳代表建志	陳建志
李代表明憲	李明憲	陳代表彥廷	陳彥廷
杜代表裕康	杜裕康	黃代表建文	黃建文
阮代表議賢	阮議賢	劉代表俊言	劉俊言
季代表麟揚	季麟揚	劉代表新華	林佳儀代
林代表阿明	林阿明	蔡代表圖晉	請假
林代表俊彬	林俊彬	黎代表達明	黎達明
林代表富滿	林富滿	謝代表武吉	王秀貞代
林代表敬修	林敬修	羅代表界山	羅界山
林代表錫維	林錫維		

列席人員：

衛生福利部

全民健康保險會

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

台灣醫院協會

本署臺北業務組

蘇芸蒂

魏璽倫、彭美熒

謝欣育、柯懿娟、廖秋英

王韻婷

莫翠蘭、吳秀惠

本署北區業務組	鄭美萍
本署中區業務組	程千花、林淑惠
本署南區業務組	
本署高屏業務組	李金秀
本署東區業務組	劉翠麗
本署醫審及藥材組	曾玟富、陳綉琴
本署資訊組	姜義國
本署主計室	黃莉瑩
本署醫務管理組	李純馥、王淑華、陳真慧、洪于淇、 張桂津、歐舒欣、楊秀文、鄭正義

一、確認上次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）。

二、主席致詞(略)

三、報告事項

(一)、前次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)、牙醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

(三)、102年第3季牙醫門診總額點值結算報告

決定：

各分區一般服務浮動點值及平均點值彙整如下表，將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算。

分區		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
季別		分區	分區	分區	分區	分區	分區	
102Q3	浮動點值	0.9235	1.0302	0.9608	1.0110	0.9795	1.1521	0.9726
	平均點值	0.9275	1.0370	0.9635	1.0149	0.9803	1.1500	0.9729

(四)、101年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：請牙全會檢討牙醫品質保證保留款方案部分指標達成率過低原因，並積極進行會員教育訓練及加強輔導。

四、討論事項

(一)、第一案：有關修訂牙科感染控制相關辦法及支付標準決議：

1. 修訂重點如下：

- (1) 牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表，各評核項目評分標準同意修訂按 ABC 等級呈現，不符合 C 則為 D，任一項為 D 則不合格。未來請牙全會積極參考專家學者及消費者的修訂意見，讓評分表訂得更嚴謹。
- (2) 未申報感控診察費之院所恐會影響民眾就醫品質，抽查院所比率提高為 2%，並請牙全會了解原因，加強輔導。
- (3) 請分區業務組同仁陪同進行訪查評估，至於是否參加評分，則由分區共管會討論確定。
- (4) 非醫療機構(包括矯正機關、巡迴點及醫療站)如依感控 SOP 作業細則臨床指引執行，並依附表 3.1.1 考評合格者，比照醫療機構申報感控門診診察費。
- (5) 依附表 3.1.1 「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報感控門診診察費。惟經抽查不合格者，自文到次月起不得申報。三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。
- (6) 有關未來牙醫是否比照西醫基層、中醫及醫院總額，將感染控制門診診察費回歸一般門診診察費，或改以品保款獎勵等其他方式處理，請牙全會與本署醫管組繼續研討。

2. 依會議決議，支付標準及牙醫門診加強感染控制實施方案修訂如附件 1(P. 5~P. 15)，並辦理後續支付標準及牙醫加強感染控制實施方案修訂作業。

(二)、 第二案：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

決議：「牙醫相對合理門診點數給付原則」之一、(二)下列牙醫師不適用本原則之折付方式中，原「花東地區已結算之最近 4 季平均點值超過 1.15，該年度該區之專任醫師」修改為「花東地區已結算之最近 4 季浮動點值之平均超過 1.05，該年度該區之專任醫師」，續辦理支付標準修訂作業。

(三)、 第三案：有關牙科醫療院所申請跨表相關疑義。

決議：申請跨表審查原則仍按支付標準規定，向保險人分區申請及辦理專業審查，同意牙全會針對專業審查部分建立統一之規範。

(四)、 第四案：有關審查醫藥專家審查績效統計資料。

決議：同意按季於研商議事會議提報醫院及診所層級別之初核核減率、申復後核減率及爭審後核減率供參。

(五)、 第五案：修訂 20 項指標定義案

決議：本案撤案。

五、與會人員發言摘要詳如附件(P. 16~P. 26)。

六、散會：下午 4 時

編號	診療項目
00129C	一 符合加強感染控制之牙科門診診察費 1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (≤ 20)
00130C	一 處方交付特約藥局調劑 一 未開處方或處方由本院所自行調劑
00133C	2. 山地離島地區
00134C	一 處方交付特約藥局調劑 一 未開處方或處方由本院所自行調劑
	<p>註：1. 牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」執行，並依附表 3.1.1「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者分數達八十五分(含)以上者，得應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。</p> <p>2. 並於初次申報此項時，附上「牙醫院所感染控制SOP作業考評表」以為核備。</p> <p>32. 處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>43. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>54. 偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。</p> <p>65. 本項支付點數含護理費 29-39 點。</p>

項目	評分標準	自評	訪評	備註
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. <u>治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。</u>			
	B. <u>符合C，診所定期全員宣導及遵循。</u>			
	A. <u>符合B，完備紀錄存檔。</u>			
5. 完善廢棄物處置 (註一)	C. <u>有合格清運機構清理廢棄物。</u>			
	B. <u>符合C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。</u>			
	A. <u>符合B，備有廢棄物冷藏設施及詳細清運紀錄。</u>			
6. 意外針扎處理流程制訂	C. <u>制訂診所防範針扎計畫及處理流程。</u>			
	B. <u>符合C，診所定期全員宣導。</u>			
	A. <u>符合B，完備紀錄存檔。</u>			
7. 器械浸泡消毒 (註二)	C. <u>選擇適當消毒劑及記錄有效期限。</u>			
	B. <u>符合C，消毒劑置固定容器及加蓋，並覆蓋器械。</u>			
	A. <u>符合B，記錄器械浸泡時間。</u>			
8. 器械滅菌消毒 (註二)	C. <u>器械清洗打包後，進鍋滅菌。</u>			
	B. <u>符合C，並標示消毒日期。</u>			
	A. <u>符合B，化學指示劑監測，並完整紀錄；每週至少一次生物監測劑監測，並完整紀錄。</u>			
9. 滅菌後器械貯存	C. <u>滅菌後器械應放置乾淨乾燥處。</u>			
	B. <u>符合C，依先消毒先使用，後消毒後使用原則。</u>			
	A. <u>符合B，打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限。</u>			
10. 感染控制流程製訂	C. <u>診所須依牙科感染控制SOP，針對自家診所狀況製訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。</u>			
	B. <u>符合C，診所定期全員宣導及遵循。</u>			
	A. <u>符合B，完備紀錄存檔。</u>			

註一：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染控制SOP作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

診所簽名：_____

審查醫藥專家簽名：_____

牙醫門診加強感染控制實施方案

一、目的：

本實施方案之目的，在於鼓勵特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。

二、本方案實施方式：

- (一) 宣導教育方面：由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會）開辦加強感染控制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染控制講習會推廣。且由牙醫門診總額受託單位製作「牙醫院所感染控制 SOP 宣導手冊」核發予各牙醫院所執行。
- (二) 牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會）依疾病管制局審核通過之「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」訂於全民健保牙醫門診臨床指引以利本方案之實施。
- (三) 特約院所依本方案「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」（附件 A）執行，並依「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格分數達八十五分（含）以上者（無項目得 D），應將考評表函送保險人所轄分區業務組，並於次月開始則得申報本方案所訂之「符合加強感染控制之診察費」支付標準表項目。

三、本方案監控方式

- (一) 監控項目：依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表 3.1.1「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」~~（如附件 C）~~所定項目評估執行情形。
- (二) 訪查評估：由牙醫門診總額受託單位及其六區審查分會各分區委員會，會同保險人所轄分區業務組中央健保署各轄區分局不定期抽查，抽查前需召開審查共識營。另衛生福利部疾病管制局署及各地衛生局亦得不定期訪查。
- (三) 經本方案第五點第二項依「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」訪查評估，查為不合格（任一項目為 D 低於八十五分）之特約院所，即停止給付本方案支付標準表項目三個月；爾後該特約院所須經前項訪查單位審查合格後，始可申報本方案支付標準表項目。

四、感染控制 SOP 審查標準

- (一) 依據「牙醫院所感染控制 SOP 作業自評表」之軟硬體方面共計 14 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。對於每個項目有做但不盡完善者扣 1—3 分，完全未做之項目則扣全部分數（如無滅菌紀錄表者扣 8 分，登載不完整者則依實際登錄情況扣 1—3 分）。
- (二) 每組由二位審查醫藥專家對院所進行評分（及健保署分區業務組人員陪同參與訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確

定。惟參加評分之人員，需於抽查前參加審查共識營。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 ~~一、平均後為院所之得分，未達85分者，~~ 評分方式採共識決，任一項得D者則不合格，自文到次月起不得申報「符合加強感染控制之診察費」sop費用（不追扣之前申請之費用），三個月後得申請複查，通過後於文到次月起得再行始可申報該項費用。

(三) 請依考評表內之評分標準註解進行審查核。

(四) 訪查抽樣比例：由分區共管會討論結果辦理，惟申報加強感控院所抽查不低於5%，未申報加強感控院所抽查2%1%。

五、對於感染控制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少2個感染控制學分，否則應加強審查。本方案之目標為逐年提升符合感染控制之牙科醫療院所數。

六、本方案由中央健康保險署公告，併送全民健康保險會全民健康保險醫療費用協定委員會備查，修訂時亦同。

附件 A 牙醫院所感染控制 SOP 作業細則

● 每日開診前

1. 員工將便服、鞋子換成制服（或工作服）或診所工作用之鞋子並梳整長髮。
2. 進行診間環境清潔。
3. 進行治療檯清潔擦拭及其管路消毒，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水 (NaOCl) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液 (10%) (iodophors) 沖洗管路三分鐘。
4. 覆蓋無法清洗且易污染的設備，如診療椅之燈座把手、頭套、X 光按扭盤…等。
5. 檢查所有器械之消毒狀況或將前一天已浸泡消毒之器械處理並歸位，或將已滅菌妥善之各式器械依類別歸位。
6. 依當天約診(或預估)之患者數及其診療項目，準備充足器械及各式感染控制材料。
7. 診間所有桌面儘量淨空乾淨，物品儘量依序放在櫃子內保持清潔。
8. 牙醫院所應就現況，制定感染控制實施流程與計畫，全體員工定期討論、改進、宣導與執行。

● 診療開始前

1. 診療椅之診盤(tray)上儘量保持清潔與淨空。
2. 將患者欲治療所需之器械擺設定位。
3. 病歷及 X 光片放置在牙醫師可見之清潔區內，不要放在治療盤上。
4. 對應診患者依「全面性預警防範措施」原則 (universal precaution) 詳細問診，包括詢問有無全身性疾病，各種傳染性疾病，如 B 型肝炎或其帶原者等病史)。
5. 引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘。
6. 牙醫師及所有診所牙醫助理人員需穿戴防護裝置，至少包括口罩與手套，必要時戴面罩。

● 診療中

1. 使用洗牙機頭或快速磨牙機頭等會噴飛沫氣霧之器械時，建議使用面罩。
2. 必要時為患者給予眼罩避免殘屑掉入患者眼睛。
3. 治療過程依感染控制之各項原則，如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等執行看診。

註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義如下。

- 公筷母匙：共用之醫療藥品或用品，應備置公用之器具分裝，以保持衛生，避免傳染疾病。
- 單一劑量：於正確的時間給予正確的病人，正確劑量的正確用藥，亦即醫療藥品應準備患者一次使用完的劑量(如注射劑)，以提高醫療的服務品質。
- 單一流程：以單一順序流程，依一定順序逐步執行。
- 減少飛沫氣霧：使用適當的防護物品，避免暴露於血液、唾液和分泌物、

飛沫及氣霧。適當的防護措施如戴手套、口罩、護目鏡、面罩、隔離衣及避免被尖銳物品器刺傷等，均可避免感染之機會。

● 診療結束患者離開後

1. 病患治療完，離開治療椅後，先將治療盤上所有醫療棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分，置於診間的分類垃圾筒內。
2. 治療後之污染器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution) 內，常用 2.0~3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗。
3. 可拋棄之器械（包括吸唾管、漱口杯等）則收集後放入分類之垃圾筒。
4. 下一位病患就位前，可用噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作台、痰盂、治療椅台面等，必要時（對看完 B 型肝炎及 B 型肝炎帶原者或其他感染性症疾病患者或儀器遭污染者）重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。
5. 對於有 B 型肝炎或 B 型肝炎帶原者等確定感染性疾病之患者，看完牙齒後之所有器械則另外打包消毒。
6. 倘若發生針扎事件，依「針扎處理流程」進行處理。
7. 牙醫師看完一患者需更換一副手套，並勤洗手，若口罩遇濕或污染需更換。
8. 牙醫相關人員應脫掉手套再寫病歷、接電話…等，避免造成「交互污染」。

● 門診結束後

1. 整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用 2.0—3.2% 戊二醛溶液浸泡之。
2. 下班前需將環境作初級整理與消毒，垃圾分類及處理，器械經清洗後進鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理，千萬不要將診間之污染物暴露隔夜。
3. 管路消毒，放水放氣與拆下濾網，徹底清洗。
4. 離開診間前，徹底洗手，必要時更衣換鞋，安全乾淨地回家。
5. 門診結束後，應保持通風或使用空氣濾淨器。

● 針扎處理流程

1. 牙醫院所製訂「針扎處理流程」，平時應全體員工宣導及演練。
2. 被針或利器刺傷時，立即進行擠血、沖水、消毒等步驟。
3. 在診所者，立即報告主管或負責人，並同時迅速至醫院急診科就診。在醫院者，立即報告單位主管與感染管制委員會，感管會應於 24 小時內作出處置建議。
4. 將針扎事件始末，處理流程、傷者姓名、病人姓名、目擊者、採取措施、治療結果、責任歸屬、善後處理、追蹤檢查、檢討改進…等，寫成報告備查，並作為牙醫院所防止針扎事件之教材。

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

1. 診所每天之垃圾量及內容物。
 2. 看診人數、時間、流程及診所之科別性質。
 3. 診所內之人力配置與工作分擔情形。
- 依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計劃。

步驟二：垃圾分類

1. 牙醫診所的垃圾共可分為一般垃圾、感染性醫療廢棄物、毒性醫療廢棄物及資源回收垃圾，前兩者又可細分為可燃性與不可燃性。
2. 當患者看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入有蓋容器內。

項目		內容
一般垃圾	可燃	紙張
	不可燃	金屬製品、玻璃器、瓷器…等。
資源回收垃圾		空藥瓶、空塑膠罐、寶特瓶、廢鐵罐、日光燈、紙張雙面使用後回收、廢紙箱…等。
感染性垃圾	可燃	凡與病患唾液和由血液接觸過之可燃性物品,如:紗布、綿花、手套、紙杯、吸唾管、表面覆蓋物、口罩、防濕帳…等。
	不可燃	針頭、縫針、刀片、鑽針、拔髓針、根管針、金屬成型環罩、矯正用金屬線、矯正器、牙齒…等。
毒性醫療廢棄物		如 X 光顯定影液、銀汞殘餘顆粒…等。

步驟三：不同之貯存容器與規定

1. 可燃性感染性廢棄物需放入紅色有蓋垃圾桶內。
2. 不可燃性感染性廢棄物需放入黃色有蓋垃圾桶內。
3. 若醫療廢棄物送交清運公司焚化處理者，亦可以紅色容器裝不可燃感染性廢棄物。
4. 銀汞殘餘顆粒或廢棄 X 光顯、定影溶液屬於毒性醫療廢棄物，需裝入特定容器內，必要時可以收銀機回收, 或交由合格清運公司處理，尤其前者需放置於裝有 NaOCl 或定影液之特定容器內。
5. 廢棄針頭、刀片等利器需裝入特定容或鐵罐中。
6. 可回收之垃圾則依規定作好分類貯存之。
7. 一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

1. 委託或交付環保署認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。
2. 當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。

3. 若無法每天清除，則需置於 5°C 以下之**醫療廢棄物專用**冷藏箱，以七日為期限（**通常清運公司會提供冷藏冰箱**），清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」（清運公司提供厚紙板彎折而成）內清運，並須索取遞聯單，保存備查。

4. 在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉 5°C 以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

● 牙科手機高溫高壓滅菌

1. 確定高速手機(或慢速彎機)是否可以進行「加熱滅菌」。
2. 詳細閱讀廠商說明，並按廠商指定之清潔劑、潤滑劑及指示步驟進行。
3. 使用完手機，先去除外表污穢物，再運轉 20~30 秒，讓水徹底清除手機內管路。
4. 拆下手機，以清潔劑及清水刷洗外表殘屑並乾燥之。
5. 使用廠商建議之潤滑劑潤滑手機，再將手機裝回管路上運轉，並將多餘之潤滑劑排掉。
6. 將手機外表擦拭乾淨。
7. 放入滅菌袋，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或化學蒸氣滅菌鍋內進行滅菌。
8. 從滅菌鍋取出，經冷卻、乾燥後，當使用時再從滅菌袋內取出手機。

● 牙科器械消毒滅菌

1. 依滅菌消毒原理將牙科器械分成三大類如下

分類	定義	例子	消毒滅菌法
(1)絕對滅菌的物(critical)	任何進入人體的完整及無菌區域(如血液循環)的物品。	口腔外科器械,如拔牙鉗、牙根挺子、手術刀、外科鑽針、根管銼、注射針頭等。	滅菌法。
(2)應該滅菌的物(semicoloncritical)	與黏膜接觸,但正常情況下不穿透人體膚表的物品。	銀汞填塞器、銀汞輸送器、矯正鉗、口鏡、探針、鑷子、手機等。	滅菌法或高標準的消毒法。
(3)消毒的物品(non-critical)	正常情況下不穿透人體或黏膜組織接觸的物品。	治療椅、工作檯面、燈把手、X光機把手、開關按鈕等。	消洗或中標準的消毒。

2. 器械使用完後，初步分類，並浸泡「維持溶液」內，等待清洗。
3. 清洗人員穿戴手套及口罩，以刷子及清水清洗器械表面之唾液及污染物，或置於「超音波震盪器」清理。
4. 器械洗淨後，擦乾，有關節器械上潤滑油或防鏽油，並分類打包，依序放入各式消毒鍋進行滅菌消毒工作。
5. 高溫高壓蒸氣滅菌鍋：
 - (1)將清洗好器械裝入無菌顯示管袋包裝後或用包布打包並填上消毒日期。

- (2)定期或不定期在鍋內放置「化學監試劑」或「生物監測劑」，與器械一同進鍋消毒滅菌約 20~30 分鐘。
- (3)應將定期及不定期消毒滅菌成效結果記錄，並存檔備查。
- 備註：有關第二項內容之「化學監測劑」包括紙片、卡帶、溫度指示劑、蒸氣鐘、試紙等，依第十點規定，每天至少一次隨鍋消毒滅菌；而「生物監測劑」因需時間規劃與設計，故現階段以醫院牙科先行辦理，診所部份待下年度之相關措施備妥後再行實施。
6. 卡匣式滅菌快速鍋：
- (1)將器械之軸心處加潤滑機油以防生鏽，裝入無菌管袋消毒包裝。
- (2)定期或不定期在鍋內放置「化學監試劑」或「生物監測劑」，與器械一起進鍋消毒滅菌約 10 分鐘。
- (3)應將定期及不定期消毒滅菌成效結果記錄，並存檔備查。
- 備註：有關第二項內容之「化學監測劑」包括紙片、卡帶、溫度指示劑、蒸氣鐘、試紙等，依第十點規定，每天至少一次隨鍋消毒滅菌；而「生物監測劑」因需時間規劃與設計，故現階段以醫院牙科先行辦理，診所部份待下年度之相關措施備妥後再行實施。
7. 乾蒸性之滅菌器(dry heater)
- (1)專門消毒矯正器械
- (2)以清水去除矯正器械外表之口水或血液。
- (3)將矯正器械放入含震盪清潔劑(ultrasonic cleaner solution)之「震盪器」震盪五分鐘。
- (4)再以蒸餾水沖洗乾淨。
- (5)用乾布及吸氣將矯正器械面徹底吹乾，尤其是「關節」處及「切面」。
- (6)矯正器械放入「消毒架子」，避免器械及器械碰觸。
- (7)進鍋消毒，375°F，20 分鐘。
- (8)以「潤滑劑」潤滑器械「關節處」。
- (9)放在「使用架」供臨床使用。
8. 無法經高壓高溫滅菌之器械則改由化學藥劑滅菌(如:浸泡用戊二醛溶液)。
- (1)將器械(如:橡膠製品)用超音波洗淨器震。
- (2)集中泡入戊二醛溶液藥水之有蓋器械盒內 10 小時。
- (3)再用鑷子取出器械並以蒸餾水沖洗。
- (4)藥水至少兩週換一次並於器械盒外標示更換日期，若太髒則隨時換。
9. 消毒後器械之處置：
- (1)乾燥及冷卻：加熱型蒸氣滅菌器之器械包需乾燥並冷卻，目前已有許多滅菌器連帶自動冷卻烘乾系統。
- (2)貯存：將滅菌後之器械放置乾淨乾燥密封處或紫外線箱，拿取時以「先放先取」為原則；貯存時間不可過久，打包袋不超過一個月；布包, 紙包不超過一週；其餘不超過四天，如管袋包裝之器械，原則保存最多半年即要重新消毒，並寫上日期。
10. 監測：

- (1)每天例行以高溫高壓顯示帶(蒸氣鐘試紙)測試溫度及壓力，並記錄之。
- (2)每月以生物培養試劑；測試；送供應室培養判讀並記錄之。
11. 若監測發生異常，表示滅菌器有問題，則停止使用滅菌器，並同時通知廠商維修滅菌器。
12. 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。
13. 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。
醫療機構應訂定員工暴露病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防、追蹤及處置標準作業程序。
14. 醫療機構應訂有員工感染管制之教育訓練計畫，定期並持續辦理防範機構內工作人員感染之教育訓練及技術輔導。
前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。
15. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備 (PPE) 及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。
16. 在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

附件2 與會人員發言摘要

報告案

第一案：102年第4次會議暨第1次臨時會會議決議事項辦理情形

主席：有關上次會議決議辦理情形，各位代表有無提問，如無意見，請報告下一案。

第二案：牙醫門診總額執行概況報告

主席：各位代表無意見，本案洽悉。

第三案：102年第3季牙醫門診總額點值結算報告

主席：

各位代表無提問，102年第3季牙醫門診總額點值請依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算。

第四案：101年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

主席：請委員針對本報告案提問

林代表俊彬

第80頁各項指標不符合院所數之統計，不核發原因如9D、10B、12及13之院所超過2千家，請了解是否為指標設計問題或是其他原因。

翁代表德育

本會曾統計有幾項指標不容易達成，第1大項為牙周病統合照護計畫第3階段完成件數，因執行該計畫院所約4成，故有很多院所無法達到指標。另外洗牙重複率、醫院根管治療等都是政策性鼓勵品質，鼓勵醫院去作。第79頁符合全部指標醫院數占22%，診所占5%，曾有醫院牙科醫師質疑，另領取核發比率醫院占53%，基層為52%。所有品保款用於品質提升及政策鼓勵，醫院領取比率確實高於診所。

林代表俊彬

不是醫院及診所的差異，請不要誤解，請了解未達標準超過千家的原因，及修訂指標。

翁代表德育

補充說明，牙周病統合照護計畫施行院所數僅 4 成多，醫院與基層相同，其中醫院中地區醫院執行情形較差。另洗牙因有三個指標，基層及醫院較不易達到。

王代表秀貞(謝代表武吉代理人)

上次開會吳成才代表對於指標適用性有意見，如適用於基層，則宜以基層的資料去評估，如預防性的洗牙，醫院較少執行，大多執行牙齒治療。記得吳代表曾提出洗牙可否提供醫院及基層不同的指標，會上也決議希望吳醫師與牙全會討論有共識，可提案到會中討論。

不知雙方溝通結果如何?! 醫院與診所的確有不同的就醫及照護型態，但是我們指標卻是一致要求，建議應該要根據不同照護型態設定不同指標值。

另謝謝翁代表提醒，地區醫院達成指標方面牙周病統合照護服務不是很好，但地區醫院處境尷尬，照護型態很接近基層，但列屬醫院，希望未來指標可以不同層級照護目標來做思考，並將地區醫院納入考慮。

翁代表德育

洗牙有三個指標，第 1 個洗牙率超過 20% 及第 2 個塗牙菌斑比率達到 15%，醫院與基層相同。重複洗牙率以 99 年 80 百分位數為指標，醫院及診所指標是分開的。另牙周病統合照護計畫各分區已積極推動學術演講與課程，鼓勵大家來參與。

主席

翁代表提到各分區有在做牙周病統合照護的教育訓練，是針對診所或是所有牙醫師，請做詳細說明。

陳代表彥廷

本會會定期舉辦教育訓練課程，且開放給所有會員，如有問題，會在專業審查會中提出討論，另外已製作專業版及民眾版的 CD，很多已上軌道，主要在鼓勵大家多做。

主席

林代表所提，太多基層診所或醫院未執行牙周病統合照護、洗牙併塗牙菌斑或根管治療等情形，擔心是否會影響民眾就醫可近性或品質未獲保障，希望能擴大參與的意思，請牙全會針對所有會員積極辦理教育訓練，如發現問題與困難，並積極給予輔導。

劉代表俊言

謝謝代表指正，本會會針對未符合指標家數過多的項目，包括 8C、9D、10B、12、13 等項指標進行討論，了解原因，如有需要，會再做修正。

主席

第四案討論到此，請繼續下一案。

討論案

第一案有關修訂牙科感染控制相關辦法及支付標準，提請討論。

主席

昨天牙全會與本署醫管組已先進行會前會討論，請大家看補充資料，並請牙全會說明。

牙全會 謝欣育主任

本次修改，第 1 點本會將附表 3.1.1 評分方式取消，回歸現行評量常見 ABCD 方式處理，是採高標準，只要有一項未達 C 級，就不合格。昨天會前會討論，健保署認為部分項目標準應再提高，故部分項目配合修正將 BC 合併，並取消 A。目前修改後 C 是 90 分標準，至於 B 或 A，未來再做努力。第 2 點同意署所提取樣抽查方式，第 3 點同意各分區在共管會討論確定分區業務組是否參加評分，但希望參加評分的分區，能參加本會舉辦的審查共識營，希望實地訪查目標及嚴格度能趨於一致，客觀公平。第 4 點消毒方式一樣，只是補充矯正機構巡迴點醫療站無法當場消毒時，可以安全無感染的方式，攜回院所依規定方式進行消毒。第 5 點仍然認為符合 SOP 現行付費方式，是鼓勵牙科做感控的方向，因牙醫感控要求高於西醫及中醫，並希望能繼續執行下去。

陳代表彥廷

92 年左右因 SARS 發生當時付費者代表考慮，如果沒有實質鼓勵，只要符合醫療機構設置標準及衛生機關的督考，恐不符國人期待，本會認有進步空間，才擬定本方案，多年來也有進步，如取消方案，擔心會回到一般設置標準，與大家期待有很多落差，故對於 2 年內刪除回歸支付標準有所保留，本會覺得應與時俱進，去年第 4 季已進行修訂，今年 1 月疾管署有新公告的相關規定已及時納入作業細則，未來會研擬納入督考內容中，另針對許多要檢查的項目已擬定參考樣式供會員去做，並提供每年 2 個感染控制學分的繼續教育，希望會員會做得更好。

主席

牙全會同意健保署第二、三、四項意見，請醫管組針對第一項及第五項提出補充說明，並請專家學者表示意見

醫管組 甯視察素珠

第一項如果取消分數，完全以等級來評量，只是擔心全部達到最低 C 標準就合格，可能會使院所忽略 A 或 B 的要求而不去做，故覺得是否可保留分數，再增加一項

未達 C 不合格的規定，因為有高分可能促使院所為爭取高分而努力做得更好。至於考評表雖有部分評核項目評分標準 B 已移列在 C 中，但非全面，成效方面可能有些誤差。另第五項，當初 SARS 爆發，所有醫界對於感控無明確第作業流程，故健保訂有支付標準誘因，提高防治率，除牙醫外，其他總額部門均訂有感染控制診察費等相關給付，但因時空轉換，大家很重視感染控制，疾管署也已訂有 SOP 要求醫界照做。其實感控方案不取消，保留現行抽查評量方式，對達到標準的院所，發給品保款方式給予獎勵也是一個支付誘因，因為其他總額已取消感染控制門診診察費之給付。另現行考評方式已施行多年，如 2 年期間考評表做得更好，未來以品保款方式支付，也是一個誘因，請參考。

吳代表明彥

一個制度自 92 年起實施，如果一直沒有更進一步，對社會不好交代，更何況牙醫總額是四個總額推動中最好。本制度如果要繼續下去，理論做到 ABC 分級獎勵，作的較好要有更好的獎勵，本制度才有存在價值且同時要有落日條款；另牙醫應有其他的管理亦應加以鼓勵，如植牙在各地法院醫療糾紛比率，近年高得嚇人，醫改會已經注意，建議牙全聯會推動植牙的 SOP，並能將這筆錢用於鼓勵其他更好的制度。

林代表錫維

牙醫各方面做得不錯情況下希望能夠更好，是個模範生，針對本案，個人認為 A 和 B 有保留分數及等級做參考。如 C 是 90，B 是 95，A 是 100，全聯會可再做一些相關鼓勵方式。如果只要 C 就全部通過，可能不會是鼓勵，反而會往下沉淪，建議保留 AB 及訂分數較好。

朱代表日僑

客觀上應往上提升，可能如何處理，技術上需考慮。整個看，作業細則所涵蓋的標準評分項目內容不能遺漏，要大家一起去努力。另保留分數有好處，後續有傳承效果，可清楚知道那些機構是需要去調整，大家想知道，沒有達到的有那些院所，要如何進一步努力，現在未像監理會設立指標，還有訂定分數做細部解構，建議全聯會從代表學者所提重點的方向去努力。

季代表麟揚

持續加強牙醫院所感染控制有其必要性，因為現在新興傳染病很多，包括：禽流感等。個人常思考：一般人正常生活模式中，如何才會得到透過血液或體液傳染的疾病？結果發現在接受牙科醫療服務時，如果牙醫師使用的工具未做好感控，病患就有可能因為正常就醫卻因接觸他人血液而被感染，而一般民眾一定無法接受這樣的情形。因此，要清楚告知牙醫師，應不斷精進感控的知識與技術並不斷

地提高標準。因此，強化牙醫院所感染控制有其必要性。至於評分方式，「90分才及格」聽起來很棒，但評分者能否維持其客觀性？例如：原考評表中「診間設洗手台」給3分，但是否每位委員心中都有一樣的尺？如果評核尺的信度（RELIABILITY）無法維持，那評核結果的參考價值就不高，這也是為何醫院評鑑漸漸改採ABC等級的評核方式。

黎代表達明

現行感控監測應該維持，個人覺得有醫師去評分，是一個機制，建議ABC可以再UPGRADE，變成大家都合乎最低標準是基本需求，看過如超過標準可變成品保款的一部分，醫院感染控制標準已超過，建議後段再予加分，增加品保款。

吳代表明彥

類似評鑑的構想，A等級不是所有項目皆要得到A，才得A等級，如有60%或50%做到A，就給A，92年迄今，沒有理由只有C級以上就獎勵，要分ABC，做得愈好，獎勵愈多，就常態分配，最前面20%給A，中間給B，30%給C，沒有通過就不給。

陳代表彥廷

可能大家都誤會了，之前考評表原來無ABC，只有分數，由委員評分超過85分為及格，前兩年委託鄭進忠副院長修改考評表，擬定ABC標準並予配分進行試評，今年是第3年，曾統計考評結果知道那些項目未做到或需補強，不是10年未做改變。為何改為ABC，是參採PGY評量概念，C是一定要達到，其中任一項未達到，或不完成就不能做了，與原版比較，C較原通過標準提高已有改變，大家認為C是最低要求或是不好，有所誤會。未來是否採高標準，大家可以討論。牙全會面對全國牙醫院所，另需一些考量，如谷關通風良好，要求設置空調，恐窒礙難行。未來會逐年將C改得更好，另本項經過2個月討論，且將疾管署修訂資料納入感染控制作業細則且有做教育訓練樣本，作業算是周全。

主席

各代表無意見，請醫管組就執行面做回應。

林組長阿明

考評表之修訂本署與牙全會曾事先溝通交換意見，部分項目C設定標準不甚周延，牙全會也有適度修正，精神上是參採醫院評鑑方式，只是標準設定C感覺為60分，但如果項目達到一個標準，本署不一定會反對。又統計顯示，有2到3成診所未申報感控診察費，為大家所關心，因會影響民眾就醫品質，未來，請於品保方案中設定區隔機制。另第5點，目前牙醫感染控制給付費用來自一般部門，未來本項鼓勵，因牙醫品保款很多，可否請牙全會研議由品保款來支應，請審慎研議。

陳代表彥廷

對於未申報感控診察費之院所，本會有督促措施，如方案新增訪查未通過，需加強輔導的機制，讓其重視感控。另本次提出未申報感控診察費之院所會抽 5%的院所去訪查，但考量行政配合作業，太多單位的訪視會無法負荷。未來，是否以品保款來進行鼓勵，會再做討論，希望讓所有院所都能加強感控。

主席

討論案第一案同意修訂為 ABC 三等級不加分數，但專家學者及消費者所提建議要積極參考。另外 2 到 3 成的院所未做感染控制，會影響民眾醫療品質，要加強輔導。第二至第四項雙方同意，第五項吳代表所提 92 年實施至今未更進一步，醫管組林組長提議從品保款去處理。牙全會是否有其他補充意見？

陳代表彥廷

本會較喜歡現行方式，但會逐年檢討標準，現在參加改控院所約 73%，還非全面性，仍需要努力，未來如能到 90%以上就比較容易。

主席

各單位對於 2 年落日條款，是否同意牙全會意見？

李副組長純馥

目前每個總額對疾病管制的概念都很重要。醫院原有感控的錢，施行多年後，已未再額外分配，留在一般部門中。中醫原有感控門診診察費，後來取消，改為未達到者要扣錢方式，如此較有壓力，使未達到者去努力。本署提醒其他總額做法供做參考，因牙醫點值最好，要思考牙醫接觸病人血液或體液機率高，標準應該更高。

主席

其他總額無感染控制費用差額，僅針對未達到感控標準的院所，以品保款扣除方式處理。牙醫 2 到 3 成院所未做感控，雖給予輔導，仍可能不予重視。如果於品保款中規範，未做到者扣除獎勵，是否比較有動力去督促未達到加強感控的院所重視改善，請參考。

吳代表明彥

我贊成 2、3 成院所如果是連續多年未做好感染管控，應進行了解原因，加強管理手段，用扣款方式處理，但前提是偏遠地區請除外。

主席

第 5 點保留文字敘明，請全聯會與本署醫管組繼續研討是否有較好地方式去執行。

陳代表彥廷

個人不知其他總額無本方案，是以什麼機制去看感控，牙醫多是診所，沒有評鑑，

衛生局考核標準很低，本會仍期待採行較高的感控標準，需要一些成本，本會會去努力，但應考量不同總額醫療特性不同，2年壓力太大。

劉代表俊言

上次會議資料顯示牙醫與中醫與西醫有不同感控的標準，是否下降或上升，可否再思考以其他方式處理，至於2到3成未做管控之院所，建議以醫管手段去處理。

林代表錫維

主席提到結論的第5點，建議雙方再做溝通，俟成熟後再提本會討論做決議，其他按照決議通過。

主席

說明五予以保留，請牙全會與本署醫管組繼續研究2年內是否回歸一般門診診察費或其他較好的方式。

第二案：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表

3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

林代表富滿

請問原來1.15改為1.05的目的？

翁代表德育

牙醫相對合理門診點數給付原則為高額折付，全國採一致標準，醫師人口比為1:4500，93年起開始實施，花東點值一直超過1.15，探討原因，花東180位醫師大部分醫師集中花蓮市、台東市及周邊地區，在市區醫師都進入高額折付，本法相對懲罰該區醫師，致不太願意提供更多服務，因好心後點數被打折。因總額固定，高額折付使服務量減少，長久下來，花東地區點值一直太高，為使該區醫師多服務民眾，故提出點值超過1.05，整個花東地區就不要高額折付，讓醫師更願意多提供服務。

林代表富滿

本案需探討是希望保障無醫師地區民眾就醫權益或是保障收入高的醫師。依上說明花東都會區看得多的醫師可免折付，其他區高額醫師要折付；似乎不對等。看起來本案似乎為了降低花東地區點值高於1.15機會，如此該地區保留款將減少，間接影響其他區的點值問題需一併考量。

陳代表彥廷

本會有分析，發現花蓮台東地區醫師門診天數太少，額度到就休息，本案不是鼓勵高額多做，而是不希望因此而關門，而犧牲當地民眾就醫便利性，並希望花東

地區醫師能多提供一成的服務量，應是正向的。

翁代表德育

花蓮及台東市區醫療資源與台北市有有很大差別，雖然醫師人口比相近。本案不是增加醫師收入，而是希望醫師增加服務量。

徐代表正隆

很多人誤解，點值高對花東醫師好，其實近 3 年 花東醫師流失 10 幾位，故不是點值好，能吸引醫師到花東服務，而是其他因素造成醫師不願留在花東。花東市區醫師配合辦理山地離島巡迴醫療、身障醫療及醫療站服務，每位醫師服務量是台北市的 2 倍，很多醫師因看診量多，就被管控無條件折付，故做到 50 萬就不去看診，年輕醫師也不願做了。近年也拜託新到醫師不要 2 年內離開，並請全聯會協助都會區醫師到東區支援，均不管控，還無法解決，故請全聯會放寬高額折付條件，讓醫師可繼續做，提供較多的服務。

主席

本案照健保署意見通過。

第三案 有關牙科醫療院所申請跨表相關疑義

主席

請牙全會先做背景說明，再請醫管組說明

陳代表彥廷

目前知道各分區接受申請跨表作業不一致，希望能建立機制，有標準作業程序及一定的要求。

醫管組 甯視察素珠

申請跨表在支付標準第一部總則四有明定向保險人申請核可，現行作業是向健保各分區申請進行專業審查，本案提及相關受訓或會員證明文件要送牙全會審查，因相關證明非本署作業規範，做為審查依據的適法性有待商榷，另牙全會權責是否涵蓋到專業審查，亦待釐清。有關跨表申請審查原則，請以人力、設備、資格及民眾需要等因素為考量，仍由保險人分區業務組辦理。另外牙周骨膜翻瓣術，有基層院所醫師品質符合但申請跨表未通過，向民眾收取自費情形，是個問題，希能解決。101 年牙醫診所跨表申請牙周骨膜翻瓣術費用計有 25 家。

主席

簡單講，就是回歸到支付標準有關跨表申請條件就好了，至於陳代表提到各分區業務組核准的條件及審核標準不很一致，可否請牙全會與各分區主委透過教育訓練去探討，因醫療服務審查辦法中已有一些跨表申請的規範。

陳代表彥廷

目前規範是向保險人提出申請，但各分區核定的個案程序及標準不一致，雖部分會請個別審查醫師或分會表達專業意見，但希望分會審查能有根據，因不同審查醫師核定標準不一，如有爭議，會讓人質疑。本會接受專業審查委託，是希望本委員會及個別的醫藥專家能表達意見，有標準的作業程序。

主席

因申請跨表已有相關規定，如本案所訂審查所需相關文件非醫療服務審查所訂事項，到爭議審議可能因健保署未依規定辦理被駁回，故牙全會可針對專業審查做相關的規範。

劉代表俊言

因各分區有不同的專業審查意見，是否可由全聯會審議小組醫藥專家來負責審議，給予統一的意見，並經一段期間後，有統一的見解後，另外再做處理。

李副組長純馥

本項審查原則有些跳過保險人，其實支付標準規定跨表需向保險人申請。本案提出直接將資料送到牙全會審查執行會做專業審查部分，因目前健保專業審查雖委託公會，部分會請提供專業審查意見，但依支付標準規定仍不宜跳過保險人。本署可以同意貴會在專業審查方面訂統一的標準，但希望能完整表達。另有關牙周骨膜翻瓣術，上次在 TVBS 媒體被攻擊，既然接受牙周病統合照護計畫，後續牙周重症施行牙周骨膜翻瓣術，健保有給付，只因在基層執行，就被收取自費，很不公平。據知，有些醫師在醫院可以執行，在基層開業因跨表未過就不可以做，民眾被收取自費情形。本署曾建議牙醫酌編經費在總額，開放牙周骨膜翻瓣術到基層，對於符合資格之醫師，不論在醫院或基層均可執行。當然，跨表有費用管控壓力，但請嚴謹看待，對於民眾的權益能酌予考量。

主席

就依李副組長意見做文字修正，如醫管組對於文字或醫療服務審查辦法有關跨表規定沒有疑義，且與牙全會達成共識，就於下次會議提出報告。

林代表阿明

跨表申請在分區審查是個案，但牙周骨膜翻瓣術如屬通案，建議牙全會研議開放到基層，並請設定適應症或是標準，在下次會中提出，較不會有某分區審查通過，某分區審查不過情形，希望認真以民眾的立場考量這樣的問題。

劉代表俊言

本會會認真思考如何以民眾權益思考此問題，以後有衍生費用問題，請健保署支持。

杜代表裕康

個人曾申請過牙周骨膜翻瓣術之跨表，事實上就牙周專科醫師而言，根本不想申請跨表，因為可以收取自費。因此，如果要檢討跨表，可能要與牙周病統合照護一起思考。原來牙周病治療由專科醫師提供，為了普及，故推動牙周病統合照護計畫，但只包括第1及第3部分的牙周治療，跳過了手術部分，故被質疑收取自費。牙全會希望申請跨表的醫師有一定程度，如專科醫師資格，**但是申請牙周病統合照護的牙醫師中只有少部分有此資格或曾接受過適當訓練**。長遠來看，應思考如何將計畫與跨表作一連結處理。

李副組長純馥

目前健保面臨民眾質疑的問題是，以前在診所接受牙周病統合照護計畫，卻有一大塊被收取自費情形，健保了解很多是施行牙周骨膜翻瓣術，在基層不能申報，而被收取自費，常遭民眾反映。健保雖有輔導醫師申請跨表，但醫師常反映全聯會不會通過。其中可能有誤會，故思考如參加牙周統合照護計畫的醫師，又是牙周專科醫師，為何不能在基層施行牙周骨膜翻瓣術。健保曾向牙全會建議，明訂施行該項目之醫師資格，有一部分可以開放到基層施行，當然，基於品質，並非所有基層可以做，仍要限制醫師的資格。本項非跨表問題，而是跨表衍生的問題。

林代表阿明

事實上牙周骨膜翻瓣術，在醫院本來就可施行，一年約1萬7千餘件，診所跨表申請約1千多件。理論上，診所未申請跨表通過，應轉診醫院，而不是向民眾收取自費。整體而言，如果本署統計是對的，應該只是醫院與診所施行量互相 share，而不是增加錢。開放診施行後，醫院施行量就會減少，且牙周統合照護後如有需要施行該項處置，本來就可以做，請牙全會審慎研議適度開放。

劉代表俊言

其中有些問題，事實上醫院和診所的量沒有 share，未來討論開放時，一定會衍生其他費用，故請健保署多幫忙。

主席：

第三案保留，請繼續第四案。

第四案：有關審查醫藥專家審查績效統計資料案

主席 請全聯會說明

牙全會 謝欣育主任

目前審查控管或統計時，是藉審畢評量抽審、爭審及民眾申訴方式進行醫師審查品質之管控，本會認為這種方式沒有時效性，所以提出本需求，會前會時發現第

一項需求在執行上有困難；第二項，至少希望可以看到層級別審查醫藥專家核減、申復及爭審相關資料，以了解層級間審查績效的差別及進一步探討。另昨日請託，進行審畢評量時，牙全會不知道各分區提供名單供抽審的依據為何，又各分區業務組在觀察審查醫師有些需要做審畢評量者，請直接告知牙全會。目前是牙全會是依名單去抽，如各分區自行評量機制發現需進一步輔導之審查醫師，在提供審畢評量名單時，請直接告知。

主席

請醫審小組曾視察回應，記得各分區審畢評核方式，從健保開始後一直在進行，不知為何要改變？

醫審及藥材組 曾視察玫富

針對審查醫師的審查品質，過去均以審畢案件評量作業進行管理，依據醫療服務審查勞務委託契約，也是請受託單位要透過審畢評量機制加以處理。本署已訂定審畢評量作業原則，規範對審畢案件評量的抽樣條件，主要會針對專業審查變異大、偏離常態或被院所申訴較多的審查案件及審查醫師進行評量。六分區每年會排定時程，就審畢案件挑出需重審案件，了解審查的合理性，並請牙全會做專業的審畢評量。其實個別審查醫師專審案件核減率變異很大，核減情形有時並非審查醫師能控制，如被分配審查包內案件之異常或合理性差的案件較多，核減率就高，如被分配審查包內之案件服務內容好，專業審查核減率就低，所以個別審查醫師的專審核減率未必可反映其實際的審查品質，從實際審查案件進行評量，反而較能確實瞭解審查品質。牙全會提到希望了解各分區審畢評量名單挑選的原則，未來請各分區在共管會時告知，讓牙全會有更多參考資訊。另外整體核減率資料本署業於全球資訊網提供，未來如需要整體性區分醫院及診所層級的核減率資料，本署將配合提供。

主席

昨天開過會前會，請林組長說明與牙全會共識是什麼？

林組長阿明

個別醫師審查品質高低很難判斷對錯，且有後續之評量作業。會前會討論之共識，是按季召開牙醫總額研商議事會議時，提報醫院層級別之初審核減率、申復及爭審後的核減率資料，供與會代表參閱。

主席

就依林組長的說明，按季提供醫院層級別之初審核減率、申復及爭審後的核減率。另第五案撤案。各位代表無臨時提案，會議到此結束。