

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

103 年度第 4 次會議紀錄

時間：103 年 11 月 18 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	蘇芸蒂代	張代表文炳	張文炳
吳代表成才	吳成才	許代表明倫	請假
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	陳代表義聰	陳義聰
阮代表議賢	阮議賢	黃代表福傳	黃福傳
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	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	林俊彬	蔡代表圖晉	請假
林代表富滿	林富滿	黎代表達明	請假
林代表敬修	林敬修	謝代表武吉	王秀貞代
林代表錫維	林錫維	羅代表界山	羅界山
徐代表正隆	徐正隆		

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

本署臺北業務組

魏璽倫、彭美瑩

蔡東螢、溫斯勇、謝偉明、廖秋英、
高雅凡、潘佩筠、朱智華

王韻婷

林照姬、莫翠蘭、吳秀惠、丁香艷、
袁廣璋

本署北區業務組	鄭美萍
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	李德儒
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	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	林阿明、李純馥、張溫溫、陳真慧、 張美玲、林淑範、劉林義、甯素珠、 洪于淇、張桂津、楊秀文、涂奇君、 李佩純、李月珍、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)、 103 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告

決定：

1. 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。

季別		分區	台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全區
103Q2	浮動點值		0.9365	1.0323	0.9747	1.0186	0.9811	1.1582	0.9706
	平均點值		0.9280	1.0242	0.9703	1.0078	0.9755	1.1415	0.9708

2. 103 年各季結算，一般預算移撥專用款如有結餘，及牙周病統合照護計畫第三階段照護預算如有不足，均按 100 年人口風險因子(R 值)占率分配回歸或提撥各分區一般服務費用總額。

(四)、 102 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

(五)、104 年「全民健康保險牙醫門診總額研商會議」召開會議之時程。

決定：會議時間如下表，104-105 年代表更新，請隨新聘函通知新代表預留開會時間。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	104.3.3 (星期二) 14:00	104.5.19 (星期二) 14:00	104.8.18 (星期二) 14:00	104.11.17 (星期二) 14:00	104.12.1 (星期二) 14:00
會議名稱	103 年 第 1 次	103 年 第 2 次	103 年 第 3 次	103 年 第 4 次	臨時會議
會議地點	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂

(六)、104 年度牙醫門診總額預算四季重分配。

決定：104 年度牙醫門診總額預算四季重分配後預算如下表。

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
104年原各季預算	8,474,876,153	9,088,806,075	9,755,894,279	9,507,236,433	36,826,812,940
104年原預算占率	23.01%	24.68%	26.49%	25.82%	100%
104年調整後各季預算	8,458,605,199	9,073,720,876	9,572,650,907	9,721,835,958	36,826,812,940
調整後新占率	22.968605%	24.638898%	25.993699%	26.398798%	100.000000%
(調整後預算-原預算)	-16,270,954	-15,085,199	-183,243,372	214,599,525	0

四、討論事項

(一)、第一案：104 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式案

決議：

1. 同意 104 年度牙醫門診總額一般服務預算總額，移撥 2 億元用於保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬費用點值，5 千萬元支應「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」及 0.605 億元支應「牙周病統合照護計畫之牙周病統合性治療第三階段給付費用」。
2. 牙周病統合照護計畫部分第三階段以 1 點 1 元支付，預算如有不足，由一般服務預算支應，因保障點值，將報送健保會同意後執行。
3. 另牙醫特殊醫療服務試辦計畫因失能老人納入照護，提供醫療團、特定需求者及到宅牙醫服務，預算如有不足，亦比照由一般服務預算支應，請併同報告。

(二)、**第二案：修訂「104年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」。**

決議：

1. 一般服務之保障項目，僅藥費以1點1元計，餘採浮動點值。
2. 104年牙醫門診總額醫療給付費用各項操作型定義如附件1(P.7-P.9)，列為104年各季預算參數函之附件供委員參考，並據以辦理104年各季點值結算作業。
3. 牙周病統合照護計畫第3階段照護費用及牙醫特殊醫療服務試辦計畫，因保障點值，預算如有不足，由一般預算服務支應，將併藥費報送健保會同意後執行。

(三)、**第三案：「104年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案。**

決議：

1. 方案減計原則新增符合加強感染管制指標、每月完成VPN登錄門診時間之基層院所，餘沿用103年指標，其中月平均初核核減率指標由所有院所改為基層院所適用，口腔癌篩檢指標由所有院所改為醫院適用，兒童牙齒塗氟保健服務增加醫令代碼87，並配合年度及預算之變動及新增項目修訂相關文字及序號。另各項指標減計比率，請牙全會與健保署共同研議簡化。
2. 本署同意將口腔癌篩檢指標不予核發之醫院名單，函送牙醫師公會全國聯合會、臺灣醫院協會及中華民國醫院牙科協會參考。
3. 請牙全會半年內以80歲保有20顆牙齒政策目標精神，研擬牙齒健康監測指標，並提會報告。
4. 本案修訂後，依程序報衛生福利部核定後公告。

(四)、**第四案：新增牙周顧本、口腔黏膜照護及懷孕婦女照護相關支付標準及臨床指引案。**

決議：本案同意於支付標準新增「特定牙周保存治療-全口總齒數9-15顆」、「特定牙周保存治療-全口總齒數4-8顆」、「牙周病支持性治療」、「口腔黏膜難症特別處置」、「懷孕婦女牙結石清除-全口」及「牙周病支持性治療」等5項診療項目；至於計畫所提目的、說明及臨床指引，請牙全會周知會員，並列入相關規範。。

(五)、**第五案：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案**

決議：

1. 本案同意新增特殊狀況牙結石清除局部診療項目、特殊狀況保護性肢體制約項目；身障者及感染控制診察費調增20點；修訂38項文字、修訂牙醫院所感染控制SOP作業考評表及牙醫相對合理門診點數給付

原則之不適用範圍；並修訂「牙醫門診加強感染控制實施方案」內容，將「感染控制」修正為「感染管制」。

2. 本案修訂後依程序辦理後續事宜。

(六)、第六案：「104 年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」修訂案。

決議：

1. 本案修訂重點摘要如下

(1)計畫照護目標人次調高為 125,000 人，另新增第 3 階段(P4003C) 以達成 90,000 照護人次為執行目標。

(2)依總額協商結果，提高本計畫第 1、2 階段照護專款預算經費為 8.506 億，第 3 階段照護專款預算提高 2.446 億及一般服務移撥第 3 階段照護費用降低為 0.605 億元。

(3)刪除第 3 階段服務未達目標人次，由第 1、2 階段專款預算移列 3 千萬之規定。

(4)新增第 1 階段服務應檢附 X 光片之規定，及修訂部分行政流程。

(5)申請程序及申報規定(三)提及「同一療程」改為「治療期間」。

2. 本案修訂後依程序辦理後續作業。

(七)、第七案：「104 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. 本案修訂重點摘要如下：

(1)年度執行目標調高至 87,850 服務人次。

(2)適用對象納入失能老人，提供醫療團、特定需求者及到宅牙醫醫療服務，新增其就醫時應檢附評估量表相關證明文件、診斷證明或各縣市衛生局之核定函。

(3)醫療團服務地點新增衛生福利部所屬老人福利機構，其失能老人服務採論次加論量（得加 1 成）支付。另修訂服務地點之醫療設備規範。

(4)醫療團服務每診次申報上限之計算，由含論次及加成後論量支付點數，修訂為含加成後論量支付點數。

(5)到宅居家照護條件由非牙科醫師轉介，修訂為醫師轉介，且服務對象納入失能老人。

(6)到宅及特定需求者之服務內容新增簡單性拔牙及單面蛀牙填補。

(7)多重障礙增加同時具備二者或以上障礙類別者。

(8) 預算分配修訂，增列預算不足，由一般服務預算支應之說明。

2. 本案修訂後依程序辦理後續事宜。

(八)、 第八案：修訂「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」

決議：本案修訂醫師資格、申報條件及部分文字，及口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄等之填寫時間點，修訂後內容依程序辦理後續事宜。

(九)、 第九案：修訂「104 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」

決議：

1. 本案修訂重點摘要如下：

- (1) 執業計畫：每月保障額度由元改為點、新增每月「保障額度點數須再扣除『全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫』案件申報點數」、且該計畫案件不得申請論次費用之規定，另管控原則中，四級地區每月服務量未達保障額度 20%，核付保障額度由 30%調高為 50%；巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於 3 人之規定，明確定義為「不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療」。
- (2) 巡迴計畫：新增「彰化縣大城鄉、線西鄉、埔鹽鄉、埤頭鄉及福興鄉」、「嘉義縣大林鎮(排路里)」施行地區；社區醫療站部分增訂「如為必要設置社區醫療站地區惟其居民人數少故須減少排班天數，得經報牙全會評估後，由牙全會函報保險人分區業務組相關結果」之排班天數彈性處理規定。
- (3) 執業計畫巡迴服務及巡迴計畫管控之服務量，明確定義其申報點數為「申請點數+部分負擔」，且不含論次費用及代辦案件費用。
- (4) 執業計畫巡迴服務及巡迴計畫申報論次費用時，仍需檢附彩色照片送審，但得放寬照片材質，另授權分區業務組可與共管會討論巡迴佐證資料之形式。

2. 本案修訂後內容依程序辦理後續事宜。

伍、與會人員發言摘要詳如附件 2(P. 10-P. 20)。

陸、散會：下午 16 時 30 分

104 年牙醫門診總額各季各分區預算數

年	項目	公式	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
104年	協商結果--醫療給付費用成長率	N_{104}	1.916%	1.916%	1.916%	1.916%	
	*一般服務						
	一般服務醫療給付費用成長率	R_{104}	1.319%	1.319%	1.319%	1.319%	
	品質保證保留款醫療給付費用成長率	Q_{104}	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	
	實際保險對象人數	P_{104}					
	預算						
	校正投保人口成長率差值	DI_{104}	15,783,831	18,186,245	22,329,923	28,179,025	84,479,024
	一般服務醫療給付費用總額	$RG_{104}=(RG_{103}+DI_{104})*(1+R_{104})$	8,603,309,439	9,220,882,749	9,891,925,201	9,641,771,172	37,357,888,561
	品質保證保留款(103年額度)	$QG_{103}=(RG_{102}+DI_{103})*Q_{103}$	25,334,359	27,149,146	29,116,474	28,360,984	109,960,963
	品質保證保留款(104年額度)	$QG_{104}=(RG_{103}+DI_{104})*Q_{104}$	25,473,927	27,302,528	29,289,448	28,548,755	110,614,658
	品質保證保留款(自101年起採2年累計額度)	$QG_{104}+QG_{102}$	50,808,286	54,451,674	58,405,922	56,909,739	220,575,621
	療資源不足且點值低地區獎勵計畫移撥款	$Spe_{104_sea}=50,000,000/4$	12,500,000	12,500,000	12,500,000	12,500,000	50,000,000
	醫缺方案之論量計酬費用移撥款	$Lack_{104_sea}=200,000,000/4$	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000
	牙周病統合照護計畫第三階段移撥款	$Dcsg3_{104_sea}=78,100,000/4$	15,125,000	15,125,000	15,125,000	15,125,000	60,500,000
	地區一般服務	$DG_{104}=RG_{104}-QG_{104}-QG_{102}-$ $Spe_{104_sea}-Lack_{104_sea}-$ $Dcsg3_{104_sea}$	8,474,876,153	9,088,806,075	9,755,894,279	9,507,236,433	36,826,812,940
	*專款專用：全年預算		454,400,000	454,400,000	454,400,000	454,400,000	1,817,600,000
	牙醫特殊服務項目	SG_{104} (全年預算 443,000,000)	110,750,000	110,750,000	110,750,000	110,750,000	443,000,000
	醫療資源不足地區改善方案	$DPSG_{104}$ (全年預算 280,000,000)	70,000,000	70,000,000	70,000,000	70,000,000	280,000,000
	牙周病統合照護計畫(第1、2階段)	$DC12_{104}$ (全年預算680,000,000)	212,500,000	212,500,000	212,500,000	212,500,000	850,000,000
	牙周病統合照護計畫(第3階段)	$DC3_{104}$ (全年預算164,600,000)	61,150,000	61,150,000	61,150,000	61,150,000	244,600,000

104 年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式

一、衛生福利部全民健康保險會協定公告內容摘要

(一) 總額設定公式：

104年度牙醫門診醫療給付費用總額＝校正後103年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 \times (1+104年度牙醫門診一般服務成長率)+104年度專款項目經費

註：校正後103年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，包含102年校正投保人口成長差值。

(二) 總額協定結果：

1、一般服務成長率為1.319%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率0.373%；協商因素成長率0.946%。

2、專款項目全年預算額度為1,817.6百萬元。

3、前述二項額度經換算，104年度牙醫門診醫療給付費用總額，較103年度所協定總額成長成長2.140%；而於校正投保人口後，成長率估計值為1.916%。

(三) 地區範圍：預算以衛生福利部中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(四) 地區預算分配方式：預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(五) 藥品依藥價基準核算，自地區總額預先扣除。

二、計算公式說明

(一) 104 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額

$$=(103 \text{ 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額} + 102 \text{ 年校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額}) \times (1 + 1.319\%)$$

1、104 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用成長率經協定為 1.319%

2、校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額：依據費協會第 114 次委員會議決議公式辦理，104 年各季一般服務預算結算時，其基期分別為 0.16 億元、0.18 億元、0.22 億元、0.28 億元，全年共計 0.84 億元。

(二) 104 年品質保證保留款

= (103 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 102 校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額) × 品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.3%) + 103 年品質保證保留款額度

註：品質保證保留款自 102 年起，以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

(三) 醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫移撥款

= 0.5 億元，按季均分，每季 12.5 百萬元

(四) 醫缺方案之論量計酬費用專用移撥款

= 2 億元，按季均分，每季 50 百萬元。

(五) 牙周病統合照護計畫第三階段專用移撥款

= 0.605 億元，按季均分，每季移撥 15.125 百萬元。

(六) 104 年各季一般服務部門分配至各分區預算

= 104 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 - 104 年品質保證保留款

(七) 104 年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

= [104 年各季一般服務部門分配至各分區預算] × 100% × 102 年各分區人口風險因子

附件2 與會人員發言摘要

報告案

第二案：牙醫門診總額執行概況報告

主席：本案洽悉。

第三案：案由：103年第2季牙醫門診總額點值結算報告

主席：本案洽悉。

第四案：102年度牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

主席：本案洽悉。

第五案：104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：104年與會代表更新，請隨新聘函通知新代表104年會議時程。

第六案：104年度牙醫門診總額預算四季重分配。

主席：本案確定洽悉。

討論事項

第一案：104年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式，提請討論。

李副組長純馥

104年牙醫特殊醫療服務計畫，增加在宅醫療部分，原擬僅將論次費用納入計畫預算支應，論量服務回歸由一般預算支應，但牙全會建議仍由專款支應。本署考量計畫預算恐有不足，希能在本案中敘明，預算如有不足，由一般服務預算支應，以作為未來執行之依據。

陳代表彥廷

牙全會同意

張專門委員溫溫

目前一般服務預算移撥專用款未包含牙醫特殊醫療服務預算不足，由一般服務預算支應部分，可在健保會報告時提出相關說明，以為未來作業依據。

主席

本案請於健保會報告時，補充牙醫特殊醫療服務預算不足，由一般服務預算支應之說明。

第二案：104年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義案，提請討論。

主席：各位無意見，照案通過

第三案：「104 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，
提請討論。

1. 有關院所因違反特管辦法第 36 條被違約記點不予核付，排除第 2 款規定乙節：
連代表新傑

本項係比照牙醫特殊醫療服務試辦計畫申報資料將行政裁罰之規定排除，另 IC 卡
上傳正確率亦屬本條中行政裁罰，與品質無關，故建議排除。

劉科長林義

第 36 條第 2 款係規範院所須開給收據、不得囑保險對象自費等等，為本署政策方
向，建議仍予保留。

林組長阿明

刪除部分因為民眾關心之就醫品質有關，為免其品質受損，建議保留。

陳代表彥廷

牙全會同意。

2. 新增符合加強感染管制指標乙節

主席：

健保署同意新增符合加強感染控制指標。

3. 有關 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率，建議刪除不含複合體充填
(89013C)項目備註乙節

連代表新傑

因複合體充填主要其用於牙根部位之填補與牙冠部位不同，且第三季恆牙再補率
品質指標亦已確定不含複合體充填項目，故仍請維持該項備註。

主席：本署同意不刪除該項備註。

4. 有關口腔癌篩檢原訂所有院所指標改為醫院指標部分：

張專門委員溫溫

依 102 年品保款核發結果，基層牙醫該項指標未達標準被減計之家數比率達 77%，
另近年篩檢下來，基層再受理該類個案會有些困難，故接受該項修改。

吳代表成才

過去醫院與診所指標相同，現在改成部分指標不同，是否有失公允？102 年口腔癌
篩檢指標，醫院仍有 18%醫院被減計，而該基層適用初核減率是訂為 95 百分位，
被減計診所比率為 5%，個人認為不妥，建議口腔癌篩檢也以 95 百分位數為標準，
較為對等。

徐代表正隆

花蓮地區有一台口腔癌篩檢巡迴車，委由慈濟醫院辦理，預訂一年完成 1 萬件個案，已降低基層診所進行篩檢個案之機會，另醫院資訊可很快顯示個案是否曾進行篩檢，基層診所很難做到，贊同本項修改。

翁代表德育

品保款為獎勵措施，口腔癌篩檢指標改醫院適用，有做口腔癌篩檢的基層院所，未予以鼓勵，醫院或健康署如有意見，可將診所加回；另吳代表所提初核核減率指標雖改為基層院所指標，但僅限兩個地區，納入獎勵，與口腔癌篩檢指標不對等，無法比較公平性。如健康署要鼓勵診所，該指標可以將診所列入，另初核核減率指標也可將醫院列入。

甯視察素珠

醫管組提請確認，初核核減率只列基層院所，表示醫院不會被減計；口腔癌篩檢指標只列醫院，表示基層牙醫診所不會被減計。

主席

本項牙全會似乎無共識，究竟是指標操作型定義有誤或是文字解釋有問題，請再確認。

連代表新傑

本會討論時，考量醫院與基層角色不同，健康署已取消部分基層院所軟體補助，致有診所作篩檢卻無法申報情形，因未來基層牙醫診所未達指標家數會再超過 77%，且政策面執行已趨成熟，故本指標只列醫院，因為減計原則，診所未作不會被減計，只有醫院未達標準時，才被減計。

張專門委員溫溫

誠如連代表說明，品保款核發採減計原則，初核核減率指標對醫院較好，本項指標對診所較好，各作調整，具有平衡性。

吳代表成才

個人問題仍未解決，102 年本項指標醫院有 18% 醫院無法獲得，醫院仍有努力空間，但與核減率指標以 95 百分位比較，差異甚多，看不出對醫院較好。

溫斯勇醫師

初核核減率尚有設定就醫率最高之分區別，未達指標之院所比率遠大於 5%，不會小於醫院之 18%。

林代表錫維

醫院與基層所提看法各有利弊時，個人傾向以牙醫全聯會意見為主，因其為多數會員意見，較感公平。

王代表秀貞(代理謝代表武吉)

可理解品質保證保留款，不是人人有獎，但是根據健保署統計資料顯示，就是有 30 多家醫院做不到，我們的希望是讓大家都一起參與，對於達不到的醫院，牙全會應該要加以關心，了解達不到的原因，予以協助!!同時請健保署提供醫院名單給醫院協會，或本會，我們願意來了解及協助!!

張專門委員温温

建議名單提供牙醫師公會全國聯合會好不好？

主席

31 家未達標準之醫院名單，請提供全聯會，由全聯會跟醫院協會及醫院牙科學會共同了解該些醫院未達目標的原因。

吳代表成才

因與醫院有關，31 家醫院名單同步發文醫院協會及醫院牙科協會，應無困難。

林組長阿明

本署同意同時發文三個單位。

張專門委員温温

本項指標辦理情形院所名單，係國民健康署提供，本署係代收，將代轉寄，補充說明。

主席 本部分暫時按牙全會意見修訂，未來希望牙全會取得更好的共識。

5.新增提供牙科急診（非正常門診時間）之醫院指標部分

吳代表成才

醫院協會及醫院牙科協會反對本項，本項與新增基層院所每月完成 vpn 登錄門診時間指標比較，二者難易度相差太大，後者由熟習的秘書幾分鐘就能完成動作，醫院牙科執行急診，一年 365 天在執行，完全不對等。本指標提供牙科急診變成醫院義務，未達者被減計 5%，而診所卻無任何責任，又醫院牙科急診給付長期偏低，本項指標會雪上加霜，建議刪除，並建議牙醫總額針對醫院提供牙科急診給付偏低，能予補救。

連代表新傑

很感謝醫院牙科提供急診服務，本會已辦理醫院牙科重症研討會，相關給付會再研議。新增本指標本是好意，希望辦理牙科急診醫院能給予獎勵，因採減計原則，反讓人誤會，如醫院協會堅決反對，予以尊重 但建議初核核減率指標能將醫院納入，減計比率改為 6%，另口腔癌篩檢指標醫院減計比率由 5%降為 4%。

主席

本項指標不要就不要，不宜調整前面已作成決議之指標。

吳代表明彥

本項無共識，可先刪除，俟牙全會有關醫院牙科急診給付解決後再提討論。

林代表錫維

以被保險人就醫權益及醫院急診費用偏低的立場，本項可先刪除，另請牙全會再研擬合情合理適當指標，前面指標無須再變更。

林代表俊彬

醫院與診所對立不好，大家應和諧相處，贊成林代表所提將本項指標拿掉，另請全聯會對於加計或是減計費用能予釐清，建議前面決議維持，可繼續討論第12項指標。

劉科長林義

建議先討論指標，待指標確定後，再另外討論每項指標減計比率。

林代表富滿

建議指標減計或加計比率時不要分項太多，如目前有減計4%、5%、6%、20%及不給付等項，**增加計算複雜性**。

主席：第11項新增指標刪除，有關加計或減計比率涉及權重，會後請牙全會與醫管確認，請簡單一些，方便醫院計算。請繼續討論第12項指標。

6. 新增第12項每月完成VPN登錄門診時間之基層院所指標

溫斯勇醫師：

請問每月登錄門診時間問題，是1次登錄1個月嗎？現行當月未申報費用，完成暫付，就無法取得品保款，本項是否有1個月未完成登錄，就被減計。

張專門委員溫溫

現行規定每月要申報費用並有暫付紀錄，故有1個月沒有登錄，就會被減計。

主席：

品保款是獎勵款，沒有申報費用的狀況很多，如將很多條件都納入檢核設定，不僅沒有效率，並會增加許多**行政**工作。本項指標通過，並補充備註說明。

7. 配合80歲能有20顆牙之政策，建議新增拔牙前治療處置率指標部分

連代表新傑

本會對本指標有疑慮，如牙齒專業認定無法保留，但考慮本項指標，可能會增加無效醫療，違反專業的判斷。

林代表俊彬

台大醫院接受轉診，轉診病患牙齒病況嚴重沒救，如再作治療才拔牙，很奇怪。本項立意是對的，因希望醫師儘量不要亂拔牙齒，建議可用其他方式如院所拔牙率去進行監管，不宜規範在拔牙前一定進行某些處置。

甯視察素珠

補充說明，病人曾反映因牙齦發炎牙齒動搖，到診所看診被拔除，本指標希望能減少此情形，因本指標使用相對比率，如專業判斷後，拔牙前治療齒置率非常少，對於病人牙齒的保障會有一些疑慮。

徐代表正隆

本區有家院所嚴重違規，每件平均耗用值超過 4000，很多案件是拔牙前先作 endo 再作 od，後來查到被處分，並有其他問題。另拔牙前處置對於口腔外科接受轉診拔牙有所不宜。

主席

健保會提到國民牙齒健康政策，希望民眾在 80 歲時能有 20 顆牙齒，也許本指標拔牙前處置比率對專業不太容易處理或也不太恰當，是否請牙全會與醫管組來研議處理。

吳代表成才

醫院協會及醫院牙科協會反對本項指標，因不能達到目的。通常專業判斷認為不可留的牙齒就要拔掉，總額概念下，不喜歡該拔牙齒前提供多次醫療。記得早期品保指標有一項拔牙前耗用多少資源，後來被刪除，本項指標與其相反，無法達到目的，且會有無效醫療及浪費健保資源情形，建議拿掉，至於如何讓 80 歲能有 20 顆牙齒，請讓全聯會與我們一起研究。

吳代表明彥

健保署立意良好，但專業部分還要考量，為達成牙齒健康政策，大家一定要在 3 個月或 6 個月內研擬出新指標。

張專門委員溫溫

80-20 是全聯會提出的目標，希望專業方面能有一個好的指標作長期之監測。

主席

80 歲能有 20 顆牙，是全聯會在總額協商時提出的目標，已因此獲得相關預算，故一定要有監測指標，否則健保會會質疑執行面成果。

翁代表德育

80-20 健康指標在健保品質確保方案已有很多指標，現有每位病人拔牙數之監測，另曾建議衛福部納入健康指標調查，不要五年作一次，每 3-5 年作 1 次各年齡層平均齒數，就能符合本案題意旨，以觀察近年各年齡層齒數上升或下降趨勢，較本指標更清楚。

主席

健保會及健保署無法辦理該項調查，因資源由健保會同意撥預算供牙全會去努力，故參考吳代表所提，請牙全會及健保署於三個月內提出未來如何監測之指標。

陳代表建志

80-20 在日本是口號，達成率不高，平成 1 年(1989 年)達成率 15% ，後來改到 80-20-20，即達成率降為 20%。日本約花 3 億 8 千萬日幣推動該政策，是從預防保健作起，目前健保亦推動預防保健、牙周病統合照護、塗氟等措施。另 65 歲平均有 14-16 顆牙齒，該對象到 80 歲不可能有 20 顆牙。

吳代表明彥

本項短期目標是不要惡化，即 65 歲平均能維持 15 顆牙，但長期仍宜朝 80-20 政策目標去作。

林代表錫維

牙齒健康或拔除與否，由專業認定，但 80-20 是牙全會提出的目標，假設增加預算約 8 千萬元，如果不用，是否收回，不可能納入總額。現在覺得推動困難，當初為何提案，仍請好好檢討，訂定對被保險人有好處，合情合理、尊重老人的遊戲規則，因為收支連動，請再慎重考量，以落實該項經費預算之運用及保障老人的健康。

翁代表德育

80-20 政策在協商時未取得該項預算，該政策只是理念，本會認為拔牙前處置率無法凸顯本項政策，希望給一年時間提出 80-20 政策之牙齒健康監測指標。

主席

牙醫總額雖無直接相關費用與該項政策有關，但因該政策口號牙醫在牙醫總額評比表現被評為優等，一般預算取得 0.3%成長率，且品質保證保留款實施方案報告也曾提出朝該項政策努力，現在覺得作不到，到時可能會被核減預算，故本項請牙全會與健保署在三到六個月內，建立一個三年到五年之監測指標，希望因此老人牙齒狀況能變得較佳。

翁代表德育

請問該項指標建置於何處執行，是否在品質確保方案中，或總額成效中？

張專門委員溫溫

可在總額成效中呈現。

林組長阿明

請全聯會於半年內針對本項問題，以 80-20 政策目標精神，在本會中提出牙齒健康之監測及改善措施報告。

主席

本項請牙全會依林組長建議，於半年內在總額研商會議中提出牙齒健康指標監測及改善措施報告。

第三案照修正方案執行。

第四案：新增牙周顧本、口腔黏膜照護及懷孕婦女照護相關支付標準及臨床指引案。

主席：請全聯會補充說明

林代表敬修

本案牙周顧本針對牙齒數在 16 顆以下者，提供特定牙周保存治療及牙周病支持性治療，其中特定牙周保存治療主要執行牙周病檢查、牙菌斑控制及去除指導，並視情形提供牙結石清除及齒齦下刮除，限每 90 天申報 1 次；牙周病支持性治療針對牙周病統合照護計畫已完成第三階段照護對象，每隔三個月一次牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護指導或齒齦下刮除。另口腔黏膜難症特別處置，限病理報告確診，及由口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合計畫核備醫師申報，並檢附病歷及病理切片等資料供審。至於懷孕婦女照護，係孕婦懷孕期間，提供牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護指標及新生兒口腔照護及衛教指導。

李副組長純馥

提醒各位，孕婦牙結石清除與原來支付標準牙結石清除間隔時間不同，PHE 醫令自動化審查要調整，否則會衝突。另原診療間隔時間為 6 個月，如懷孕後執行 1 次，下一次一般牙結石清除時間點為何時，應予釐清。

主席

李副組長的提醒，請各位參辦。沒有其他意見，本案通過，並列入支付標準新增項目。

第五案：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案，提請討論。

林科長淑範

第 98 頁新增牙醫特殊狀況牙結石清除 91103C 註 4，載明 90 天內全口分次執行之局部牙結石清除，均視為同一療程，其診察費僅支給 1 次中，因同一療程係醫療辦法之規定，可以減少部分負擔及免刷卡，為免誤會，建議專案計畫中「均視為同一療程」請改為「治療期間」。

李副組長純馥

後面提及同療程文字，均請改為治療期間。

主席：其他委員無再提問，本案依前述文字修訂，其他照案通過。

第六案：「103 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」修訂案

主席：本案全聯會與本署醫管組曾召開會前會討論過，其他委員有無意見。

李副組長純馥

會前會討論時，牙全會希望受訓完牙醫師換院所時，無須重新報備，但經了解，現行牙醫檢核均以院所及醫師進行審查比對，且檢核邏輯已執行多年，如要修改，會造成分區審查端作業的混亂，故仍請維持現行作業，在醫師更換院所時，需重新報備，但資格審核作業，則請各分區儘快辦理。

連代表新傑

有醫院曾反映過，因醫院院區調換，因輪調後醫師資格就消失，故現行作業仍請簡化。

南區業務組 李科長德儒

目前特約單位是與醫事機構，不同分院代號不同，故仍需重新報備。

臺北業務組 莫專員翠蘭

目前各分區多少有此問題，但醫院如有定期異動，本身可先行提早辦理異動報備作業，另本項涉及民眾查詢醫師服務院所資訊，故不宜冒然更動。

林科長淑範

補充說明，104 頁依健保會決議第 3 階段執行目標為 9000 人，將明訂於計畫中；107 頁六、申請程序及申報規定(三)提及「同一療程」將改為「治療期間」；第 109 頁 2、醫管措施之(1)對於申報件數超過時，該醫師於次 2 月立意審查，因分區均會不定期辦理立意審查，故仍維持原文字。

主席

依數據資料顯示僅有 18 位醫師如此異動，原檢核條件是醫院及醫師，如醫師變更服務院所，不報備院所，就勾稽不到，故仍請依現行醫師異動報備作業處理。其餘照修正案通過

第七案：「104 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，提請討論。

主席：本案本署醫管組已與牙全會召開會前會後修訂，其他委員有無意見。

羅代表界山

二個問題，第 120 頁適用對象中多重障礙應包括 2 種及以上障礙類別；第 125 頁支付及申報規定，第 2 小項因討論第一案有提出費用分配的方式，故應予更新。

李副組長純馥

所提問題，計畫會配合修訂文字。

主席：本案照修訂案通過。

第八案：修訂「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」，提請討論。

主席：本案各代表無意見，照案通過。

第九案：修訂「104 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」，
提請討論。

張科長美玲

本案本署同意 104 年巡迴計畫新增施行地區，並將巡迴服務項目：溝隙封劑與預防性樹脂充填改通稱預防保健(A3)，巡迴服務仍需檢附照片，惟放寬不限照片材質，執業計畫保障額度應扣除矯正機關醫療服務申報點數，明訂執業計畫巡迴服務量每月平均就診人次計算方式，申報點數之確切定義，因應特殊社區醫療站之巡迴診療人數過少或 0 時之排班天數處理原則。

徐代表正隆

蘭嶼林醫師抱怨過年無法達到基本額度，扣除後一個月領到 8 萬多，其後再遭衛生所扣減，實際領到 2 萬多。如蘭嶼綠島同時退出執業，會被立委關注，上次委請 805 醫院醫師支援 2、3 個月後，醫師一診次僅領到 3 千元，後來就不再支援。因林醫師已執業三年，沒有鼓勵及休假獎金或休假方式，建議四級地區如未達保障額度，希望核付額比率由 30%提高到 50%。

徐代表邦賢

有關巡迴醫療照片問題，不在材質，而在於醫師的印象，現行是醫師拿著名牌由護士照相，有些相在收容所，希望相片規定能再酌予放寬；另外巡迴點學校有到診確認簽名單，其效力應不輸於照片，提供參考。

主席：

本案有兩個問題，一個是蘭嶼綠島執業巡迴問題，一個巡迴醫療照片問題，照相如以拿牌方式呈現，有似在看守所，請各分區就辦理現況提出說明。

林代表錫維

呼應東區代表看法，目前整個醫療資源有分配不均及予人次級公民感受的問題。針對東區所提偏遠離島地區醫師服務收入偏低問題，因離島地區醫師收入一定低於其他地區醫師，請牙全會將偏遠地區醫師生計納入考量，針對個案或另案研擬補助方案或辦法，以提高其繼續服務之意願，避免偏遠地區民眾有就醫不公情形。

主席

以保費支付本計畫執行之醫療費用，仍須有相關規定進行稽核，否則健保會或審計單位會認為本署未善盡管理人的責任，請本署進行檢討。本案應如何修訂，請東區代表提出具體建議。

徐代表正隆

建議第 190 頁每月總服務量項下，四級地區服務量未達保障額度 20%時，原核付

保障額度比率由 30%提高為 50%。

主席

牙醫全聯會同意，照徐代表建議修訂。

臺北業務組 莫專員翠蘭

本業務組在照片方面未提出特別要求，只要達到監督目的即可，本計畫 103 年度已修訂，將巡迴地點醫師簽到規定取消，如再將照片刪除，分區審核毫無依據，是個風險。其實是照相技巧問題，只要醫師診療病人入鏡，診療桌有醫師名牌，或相片顯示日期即可。

北區業務組 鄭美萍

本區與台北業務組相近，並未嚴格要求拿牌照相，只要照片顯示日期與巡迴日期相同即會認定。

中區業務組 林淑惠

中區並未要求拿牌照相，只依照片顯示日期與時間加以認定。

南區業務組 李科長德儒

徐主委所提問題，本組曾發現由孩童舉牌照相情形，因涉個資法，已要求同仁改善，回去會再全面檢視，進一步改善。

高屏業務組 施怡如

只要照片有日期，醫師當日有巡迴事實即可。

東區業務組 劉翠麗

只要照片有日期，能確定醫師到巡迴點即可。

劉代表經文

個人在高屏作了 12 年巡迴醫療，公會有作巡迴點之貼紙，會取適當角度一起入鏡。另外巡迴點環境不佳，天氣炎熱時，仍被要求穿醫師服，可否不要太計較。

主席

有關巡迴醫療點及巡迴時間點之照片或相關佐證，授權各分區業務組與共管會共同討論，只要同仁付款能有清楚的依據，供審計單位查核之佐證即可。

本案無其他意見，照修訂內容通過。