

# 全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

## 104 年度第 3 次會議紀錄

時間：104 年 8 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：蔡副署長淑鈴

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	代表姓名	出席
朱代表日僑	朱日僑	許代表明倫	請假
吳代表玉琴	吳玉琴	連代表新傑	連新傑
吳代表成才	吳成才	陳代表建志	陳建志
吳代表明彥	吳明彥	陳代表彥廷	陳彥廷
呂代表毓修	請假	陳代表義聰	陳義聰
李代表明憲	李明憲	黃代表福傳	黃福傳
杜代表裕康	杜裕康	黃代表翰玟	黃翰玟
阮代表議賢	請假	劉代表新華	林佳儀代
季代表麟揚	季麟揚	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	林俊彬	劉代表賢哲	劉賢哲
林代表富滿	請假	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表敬修	林敬修	黎代表達明	黎達明
徐代表正隆	徐正隆	謝代表武吉	謝武吉
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	龐代表一鳴	龐一鳴
莊代表志強	請假		

### 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

臺灣醫院協會

本署臺北業務組

蘇芸蒂

魏璽倫、彭美熒

蔡東螢、溫斯勇、廖秋英、柯懿娟

洪鈺婷

王秀貞

李如芳、吳秀惠

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	唐文璇
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	曾玫富、黃鈺媛
本署資訊組	姜義國
本署主計室	黃莉瑩
本署醫務管理組	張溫溫、劉林義、甯素珠、洪于淇、 張桂津、李宜珊、林沁玫、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：醫院牙醫師數及價量成長請按層級別區分統計，餘洽悉。

（三）、104年第1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點值確定如下表，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	全區
季別	分區	分區	分區	分區	分區	分區	分區	
104Q1	浮動點值	0.8513	0.9624	0.9081	0.9302	0.9041	1.0483	0.9113
	平均點值	0.8685	0.9763	0.9148	0.9448	0.9118	1.0651	0.9121

（四）、103年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：就醫率與牙醫品質之關聯性及納入品保指標之合理性，請列

入下年度方案修訂時檢討，並請增加正項指標，餘洽悉。

四、與會人員發言摘要詳如附件(P. 4~P. 17)。

五、散會：下午 3 時 10 分

## 與會人員發言摘要

### 貳、牙醫門診總額研商議事會議 104 年第 2 次會議紀錄確認

#### 主席

各位代表對上次的會議記錄有無問題？沒有問題，會議記錄確定。

#### 報告案

### 第一案 牙醫門診總額研商議事會議 104 年第 2 次會議決議事項辦理情形

#### 主席

請問追蹤辦理情形有無問題？討論第二案醫令自動化審查維持原檢核邏輯，有無問題？沒有問題，追蹤辦理情形確定。

### 第二案 牙醫門診總額執行概況報告

#### 主席

醫管組有沒有要補充？沒有，那各位代表有沒有意見？

#### 謝代表武吉

簡報第 9 張，醫院的牙醫師數下次請區分醫學中心、區域醫院和地區醫院統計，醫院價量成長率也一樣，另簡報第 13 頁，醫院簡表申報 45 萬多點，醫院好像沒有簡表，希望能夠解釋一下！簡報第 14 頁，牙醫門診手術，請教一下，如果是牙醫在醫院手術的時候，這些費用是屬於牙醫總額？還是屬於醫院總額？我們希望把它切割得清楚一點。另外，簡報第 17 頁醫院統計也建議按層級別區分統計，謝謝！

#### 主席

好，謝謝，請問還有沒有代表對這部份有意見？

#### 劉代表經文

我想請教一下簡報第 27 頁，就是剛剛報告的最後一頁是 103 年嗎？

#### 主席

這個錯了！是 104 年！還有沒有哪一位？

#### 陳代表建志

簡報第 20 張小結裡面提到，診所數除了東區減少以外，其他區都增加，可是

中區是減少 4 家(-0.3%)，請修正一下！

**主席**

除了東區跟中區是減少外，其他是增加的。好，謝謝！還有沒有哪一位？好，如果沒有的話，我有幾個疑問想問一下。第 14 張投影片「牙周病統合照護計畫」這麼重要，為什麼只有醫院照護人數在增加，診所是負成長？請全聯會說明一下。另外，第 24 張投影片，104 年牙醫特殊醫療服務第一季，去年修正增加失能的老人各項服務，全都掛零，第一季都沒有做。其實第 11 項到宅到第 21 項是協商時，全聯會主張增加預算的部份，可是目前執行數還蠻少的，請全聯會看看是怎麼回事？我們馬上又要協商明年的總額了！這幾項是不是請全聯會先作說明。

**陳代表彥廷**

「牙周病統合照護計畫」其實基層沒有減少很多，量上大概已經開始趨緩，醫院的部份是還有持續成長，在量上基本上維持 1:5 的情況，其實還好，比例上是比較接近正常。

**主席**

所以診所已經趨緩？

**陳代表彥廷**

是！成長上已經趨緩。

**主席**

那以後牙周病還要增加預算嗎？

**陳代表彥廷**

你還是可以看到有在成長的趨勢。

**主席**

但是成長的很少。

**陳代表彥廷**

對！整體來看，它還是有在成長。

**主席**

你看基層已經開始在負成長了！我們協商的時候，要 check 這些數據。

**陳代表彥廷**

好！那特殊醫療服務部分，醫療團隊到老人機構部份，因為現在各機構的建置要到 9 月才會完成。

**主席**

今年 9 月？

**陳代表彥廷**

是！今年9月。

**主席**

那今年的預算就在9月以後才做？

**陳代表彥廷**

今年的預算大概可能會在9月以後開始陸陸續續的，而且這9家還不見得都會完成。

**主席**

所以去年的協商就等於只執行了一季？

**陳代表彥廷**

這一部份其實是沒有給預算費用啦！

**主席**

所以，今年協商的時候，9月時可能還是掛零？

**陳代表彥廷**

以目前來看，是的，不過這個問題，應該不是在我們這邊，是在老人之家的成立。其實在去年協商後，就馬上跟社家署那邊聯繫，希望在招標上做一個專業上的協助，但是他們行政作業上面比較慢，這一部份，我們只是去提供醫療服務，至於建置比較慢，我想應該不是我們可以解決的。

**主席**

那到宅醫療呢？你們不是一直在爭取到宅醫療嗎？到宅醫療服務人數也是個位數。

**羅代表界山**

我們到宅目前是有做得比較多，老人到宅在目前第三季的時候，開始有些案件數出來，不過行政作業還是比較繁瑣，所以申請的人還是會比較少一點。所以，我們還是希望這些行政障礙可以被排除。

**主席**

已經排除過行政障礙了啊！現在的行政障礙是什麼？還是沒有這個需求？還是怎麼樣？我記得連支付點數也有提高。

**羅代表界山**

有這個需求！

**主席**

現在的行政障礙是什麼？是有需求？還是沒需求？

## 羅代表界山

需求是有啦！但是我們限制的比較嚴格，因為要先經過評估，評估完再審核，審核完要再報署，然後再加上衛生局當地主管機關的部份也都需要再核備，這些程序上可能都會拉得比較久。我們現在能夠做的就是，如果他們現在做了，那就先過，然後事後再做審核，這樣就會稍為好一點。

## 主席

可是支付到宅醫療現在應該已經第三年了！

## 黎代表達明

主席，我補充一下到宅的部份。在醫院裡面，目前是有所謂身障的示範機構，還有那個所謂網絡機構，今年在衛福部的所有計畫是 7 月份才通過，所以前半年大家是處在熄火的狀態，所以剛剛羅委員有特別提到到宅的部份，程序上太複雜，在程序上等於是去做評估，然後要去送核通過，然後才能報備，然後去申報。我講一句實在話，到宅是一個完全不會賺錢的項目！因為它只能限制在 5 位還是 6 位我忘記了，再怎麼收費它還是很低的，所以那麼複雜的程序，我相信不會有太多人有興趣。以上，謝謝！

## 主席

好，謝謝。回到「牙周病統合照護計畫」，基層趨緩是代表沒有這個需求？還是 provider 不做？

## 劉代表經文

我想醫師的流動應該要考慮進去。

## 主席

醫師的流動？

## 劉代表經文

對，因為醫院做 PGY 訓練的時候，有要求他們做這一項，那是一個 criteria，現在隨著各醫學中心附設的醫院愈來愈多，絕大多數的量，其實在那邊都已經做了，包括 PGY 的部分還有指導老師部分，所以會看到醫院有大幅的成長，而病人事實上也是會流動的，這並不表示沒有這個需求。

## 主席

我認為是需求很多，只是 provider 不想做，所以都滾到自費裡面去，這個是我們最擔心的問題。我們很擔心編了預算，結果 provider 不做，然後又是去收很高昂的自費，那我們為什麼還要做這個？

## 陳代表彥廷

目前我們的執行狀況跟我們的預算，其實是吻合的，所以，並沒有發生 provider 不做，費用有剩的情況。至於各區的執行狀況，我們內部會去做一些檢討及改進。

**主席**

各區的執行狀況，在第 14 張投影片顯示南區跟高屏大幅的滑落，約減少了兩成，請注意，另外門診手術為什麼北區第一季可以成長 181%？有沒有特殊的理由？

**北區鄭美萍**

主席，我們北區自己解釋一下。

**主席**

好！請解釋。

**北區鄭美萍**

我們轄區新竹臺大醫院，在去年 12 月的時候，把支付標準門診手術章節全部診療服務歸在門診手術案件類別裡面，致使門診手術案件數劇增，該院有報備，我們有持續觀察之中。

**主席**

成長率高一定是突然間有一個什麼因素造成。

**龐組長一鳴**

但是基礎不合理啊！北區怎麼會門診手術量小到跟東區差不多？

**主席**

是不是歸錯了？

**龐組長一鳴**

基礎就有問題啊！現在怪成長率高？成長率高一點不奇怪啊！

**北區鄭美萍**

原本該院是歸在 19 案件分類裡面，現在歸回門診手術案件分類。

**主席**

那請北區留意一下。

**北區鄭美萍**

我們有在持續觀察中。

**主席**

如果這個合理就沒關係。好，剛剛謝代表所提問題，醫管組這邊要回應嗎？

**劉科長林義**

謝代表提出來醫院統計資料再按層級別區分，我們會照辦。另外為什麼醫院可以申報一般案件部分，因申報規定牙科每人次在 300 元以下，可申報一般案件，



所以表示醫院還是有一些 300 元以下的案件。以上說明。

**主席**

那門診手術到底是牙醫總額，還是醫院總額？

**張專門委員溫溫**

門診手術一樣在牙醫總額，牙醫只有住院的部份是在醫院部門，也就是牙醫門診手術不論是在醫院，還是在診所施行，都是在牙醫門診總額範圍。

**主席**

如果口腔癌病患住院，牙醫相關費用是醫院總額嘛！這個應該已有共識了，醫院的代表有沒有意見？

**謝代表武吉**

其實從以前到現在，我的看法是，牙醫的住院項目，剛剛講的口腔癌應該是歸類在牙醫門診的總額裡面。不能夠歸在醫院總額。這是很早就有的建議了，謝謝！

**主席**

陳代表有意見！搖頭，搖頭表示什麼？

**陳代表彥廷**

這個是按照當時的現況，牙科門診總額就是只有在門診的總額相關的費用裡面。

**主席**

原來在劃分總額的時候，就是這樣劃分，所以也就沒有所謂對與不對。但是如果是口腔癌的門診也是在牙醫總額，牙醫的急診也是在牙醫總額，所以這個 Okay！其他的代表還有沒有意見？好！這個報告就請留意「牙周病統合照護計畫」，尤其是分區有這麼大的歧異，還有基層的服務也變成負成長。雖然現在醫院 PGY 有人去那邊做，但是畢竟牙醫師最多還是在基層，那總額協商的時候，牙周病一直是每年要爭取預算的重點。那如果是這樣的話，很顯然我們也會 reference 這個結果，這是牙周病的部份。

還有，那些弱勢的照顧第 24 張投影片，這個如果又成為明年要協商的重點的話，顯然所有的數據都有很大的落後，這部份麻煩全聯會在提協商的時候，務必把數據弄對。

好！如果大家沒有意見，那這部份的報告就洽悉。

### 第三案 104 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告

**主席**

好！今年第一季的點值是 0.9121(平均點值)，去年的第二季是 0.9708，差異很多，可是點數的成長並不高，不曉得是否支付標準有大幅調整的關係，造成點值的下降。請看剛剛報告的第 5 張投影片，去年第二季全區的結算平均有 0.9708，今年的同期推估約 0.93。

**翁代表德育**

主席，根據議程第 23 頁資料，我們應該要比較的是 104 年第一季與 103 年第一季，因為四季的占率不一樣，通常第一季都比較低。其實今年 104 年的點值有稍為 down 一些啦！

**主席**

跟支付標準調整有關係？

**翁代表德育**

要研究一下原因，但是 104 年就醫人數還是成長啦！點值也 down 的不是很多，就 0.93 跟一個 0.91。

**主席**

所以我們的成長率就足夠你們點數的成長。醫管組有沒有研究一下，點值下降的原因。

**翁代表德育**

我們每一年根據健保會的決議，支付標準表調整，一定是按照所謂的醫療成長指數去調，如果調整了支付標準點數，以致於點值降低，也是一個很合理的現象，我想解釋這樣子。以上！

**主席**

如果只是支付標準調升所造成的，我們也非常贊成，就是單價調整，很合理嘛！只是要確定是不是這個因素，或者是我們算錯，如果沒有原因就很怪了！

**連代表新傑**

我再補充一下，去年的時候，品保款有要求 104 年起，如果有申報未符合感管制診察費的院所，全額領不到品保款，經過我們宣導以後及輔導院所執行感管制後，舉例來講，臺北地區原來感染管制診察費的申報率只有 65%，104 年第一季已經快高達 80%了，光這樣，多了 15%的院所申報感管制的院所診察費 20 點的差額，足以會影響到點值。各分區都有差不多的額度的申報，所以全國的感染管制的執行率在 104 年第一季，沒有記錯的話是 85%以上，所以這會影響點值蠻多的。謝謝！

**主席**

要把原因檢討一下，看看數據有沒有算錯。如果你們認為數據沒有算錯，大家檢討起來，這個降幅是合理的，那點值就要確定了。

**翁代表德育**

報告主席，我想確認一下！我們要根據什麼樣的資料才可以來驗算點值？就是沒有辦法驗算，我們自己算不出來。因為這個是一個已經架構好的東西，譬如說投保人有多少人，那裡面的內容，我們真的沒有辦法驗算。我們前幾年想要驗算，根本沒有辦法，所以最後只能夠去相信署裡面，並不是我們不願意驗算，那很複雜，請個會計師來，會計師也沒有辦法驗算。所以，不好意思喔！以上。

**主席**

你們沒有能力驗算，那就是確認囉！如果我們覺得有些因素會干擾而下降的話，這個數據就一定是對的，因為程式沒有變動，那點值就這樣確認了！這個點值可能都比醫院總額還要低啣！

#### **第四案 103 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告**

**主席**

品保款核發的結果，請問各位代表有沒有意見？

**吳代表成才**

醫院協會代表發言，請看 45 頁第 11A 項目，我相信這部分是邏輯上有錯誤的處理，因為這原來是要處理的是核減率，就是說高於全國 95 百分位的，應扣掉 5%，現在加上全國就醫率最高的必要條件，有五區根本不管它的核減率如何，都被扣減，所以有 80% 這樣高的不符合率，這應該是一個邏輯錯誤，要修正過來。

**甯視察素珠**

補充報告一下，有關這項指標，在品保款實施方案中規定 102 年是要全國就醫率最高，且初核減率低於層級別全國 95 百分位數的院所才給予獎勵，因為需兩個條件同時存在才能獎勵，所以院所所在分區如不是全國就醫率最高的分區，不論其核減率為何，都要被減計，這是根據計畫規定所做的邏輯，以上說明。

**吳代表成才**

我看是解釋錯誤，因為它本來就是看核減率，95 百分位以上才要扣減，5 個區百分之百被扣掉，這個很奇怪，這叫品質指標嗎？

**翁代表德育**

我想代表的意思是說，不符合院所的占率列到百分之 80，有一點爭論，就是

說其他五個分區其實本來就不應該，沒有辦法列到這個領取品質保證保留款的，是不是不要把其他五個分區的院所數拿來當作一個占率！以上。

**主席**

這個到底是什麼意思?102 年不為全國就醫率最高之分區，那就只有一個是最高的分區。

**翁代表德育**

實際上邏輯是表明就是獎勵中區，因為它就醫率最高，因為我們的品質保證保留款是用減項指標，所以 11A 邏輯唸起來覺得很奇怪。

**主席**

所以是負項指標，不為全國最高就醫率且初核核減率高於 95 百分位的院所，就是不給，可是現在好像相反。

**吳代表成才**

102 年方案是超過 95 百分位扣掉 5%，103 年加上就醫率最高條件後，只有中區最高就是保留，其他五區都是百分之百扣掉，如果這樣合理的話，為什麼把這一條放在核減率 95 百分位，這個核減率又一點關係都沒有，因為其他五個分區都是百分之百被拿掉，所以我覺得這個是文字上的錯誤解讀。

**主席**

是計畫寫錯，還是計畫沒錯執行錯，到底是什麼?如都沒錯，那是誰的錯?

**甯視察素珠**

再補充一下，依計畫規定，該指標為該醫療院所 102 年的月平均初核核減率小於(等於)依兩層級(醫院、診所)全國 95 百分位的核減率且該分區為全國就醫率最高之分區，故要符合該項指標才給予獎勵，所以該指標中任何一個條件未符合，如分區就醫率不是全國最高者或是全國最高就醫率的分區，但核減率大於 95 百分位的院所，就不予獎勵，所以我們把那個指標分項加以計算，以上說明。

**張專門委員溫溫**

所以原則上，只有中區符合，但中區裡面，如果核減率太高的則不符合。

**主席**

這個是原意嗎? 全聯會是原意嘛! 那這樣，請吳代表好好溝通。

**吳代表成才**

我還是要講，那你就不要列在品質指標，沒有道理全區都沒品質，這跟就醫率有什麼關係呢?所以我的解讀不是這樣，我是覺得當初的條文從 102 年、101 年一直延續下來的嘛，以前是 5%，5%如果你要保障中區的話，其實你應該是會降調 1%，

變 4%，可是如果現在這種解讀，你變成 80 幾%被扣掉，這不是我這邊要妥協的問題，基本上，在座的所有的代表，如果認為這一條這樣解讀是正確的話，我覺得大家真的要想想看，這怎麼是品質指標呢？

**主席**

全聯會有沒有要回應？

**翁代表德育**

基本上，品質指標在這個會裡面大家討論過很多次，要用什麼樣的面向，因為我們在牙總裡面中區的就醫率特別的高，該區院所一直反應這個問題，所以我們當初是考慮用品質指標，這個品質指標原先只有初核核減率，但是我們特別考量中區的醫師院所比較辛苦一點，所以再掛上一個就醫率最高條件，這次只有中區能夠領，所以會形成不符合院所數的占率到達 80%，當然這個不符合院所數看起來非常奇怪，難道其他五區品質不好，主要因為其他五區的就醫人數成長率沒有中區來的高，以上做出這樣的解釋。

**主席**

好，這一項吳代表的建議，我們文字上要記下來，明年品保款方案檢討時再做討論修正。另 45 頁 12 項口腔癌篩檢筆數小於 10 筆有 8 成診所沒有過，14A 牙周病統合照護計畫第三階段小於 3 件也有 3/4 的院所沒有過，當然口腔癌的篩檢是國民健康署希望的，顯然也沒有動員到所有的診所都能夠配合，也顯示我們有很多重要計畫並沒有落實，雖然他們沒有分到錢，但是仍請公會這邊再 push 一下。

**翁代表德育**

解釋一下，口腔癌篩檢筆數小於 10 筆大部分是基層院所，不是因為基層院所不願執行，是沒有辦法執行。口腔癌篩檢有一個時間的限制，病人只要兩年內曾經做過，就沒有辦法再施行，篩檢申報後也被核減，在基層牙醫院所內看到的病人，大多已經被篩檢過了，所以不是基層院所不願意執行篩檢，而是可篩檢的對象非常有限；第二點說明牙周統合照護計畫第三階段，它還有一個執行率，就是等於我們要第三階段的申報進度希望能夠多一點，這等於是他們完成率多一點喔，但是我們現在在全國裡面有能夠執行統合照護計畫的院所已經慢慢推估，但是還是只有一半喔，那比起我們 99 年剛開始做統合照護計畫的時候，事實上我們能夠執行的院所已經慢慢一直在成長，但是離到所有的院所都能夠執行統合照護計畫真的還需要一段時間，並不是每一位醫師都有能力去執行統合照護計畫，那我們全聯會的我們的態度是非常的清楚，就是說我們不希望一下子把所有的醫師都可以執行統合照護計畫，事實上也不是我們要的初衷，所以我們寧可緩步的慢慢的

成長，所以大家看到說怎麼會有百分之 74 的院所沒有辦法到達，但是事實上我們統合照護計畫執行的院所一直都是再成長，以上。

### 陳代表彥廷

其實，牙周統合的牙周病基礎治療並不是那麼容易執行，它相對要花的時間其實很多，所以在這一部分我們公會是用鼓勵跟教育的方式，這也是很多民眾會在講就醫的時候所遇到的困擾的原因，那它不是說我們現在有這個項目，大家就一定都會做，我會講那是一個實際的狀況，牙周病本來就是一個技術上比較 sensitive 的一個狀況，所以我想它需要很長的時間發展。

### 主席

好，是不是這樣是說，我們有一半比例的診所是沒有辦法執行牙周病統合照護計畫，在能力上是嗎？是在能力上沒有辦法執行？

### 翁代表德育

不好意思，我想要再解釋一下，那醫師有沒有能力去做執行統合照護計畫，我們現階段很難完全去檢測，因為我們要院所申報上來，我們才能夠知道，我先回答主席的問題；第二個就是院所執行統合照護計畫的個案件數以及他執不執行，有很多複雜的原因，不一定是想要去做自費，比如說有一些醫療需求比較高的地方，可能有很多病人是除了統合照護計畫服務，還有更多的蛀牙，更多的急症需要處理，醫師可能沒有多餘的時間去執行統合照護計畫，其實這也是一部分的原因，我想這是一個很複雜的問題，我們可能沒有辦法用單一的一個回答來去做解釋，但是我們統合照護計畫每一年都有開辦很多的教育課程，其實我一直都在強調，我們執行的院所數會慢慢增加，是在一個比較健全的教育體制下去慢慢做成長，以上。

### 吳代表明彥

第一次會議發言，我覺得 11A 跟 11B 剛才全聯會的解釋，可以聽得下去，其實中區那邊點值這樣子，因為總額預算其實主管機關最怕服務量不夠，你認為應該去補中區把它放在這邊，這道理都還聽得下去，但問題是拿到的那麼少，就要去檢討了，不符合你的初衷嘛！你本來錢就要給別人了，結果這麼少人拿到，這絕對是你的指標訂得太嚴格嘛！你若要換就大方一點嘛，要訂一個給別人又不太想給別人，訂了又讓人拿不到，就失去這個制度的意義嘛！我覺得這個部分要趕快去檢討。說難聽一點它的點數比較差，很認真看病人，站在總額預算裡面其實有一個後遺症就是不要看病人，這大家都知道嘛！這也是當初主管機關最怕，民眾最怕的嘛！我覺得那些拿不到的百分之 80 的其他指標都要好好檢討。

## 主席

好，謝謝，品保款是要給人家，但是也要給到該給的地方，如果通通有獎也不行，通通平均分配也沒有意義，但是該給的沒給也不行，所以有努力空間，無論如何，這個意見明年就該好好地再做檢討一下。

## 黎代表達明

關於牙周照護計畫的部分，我是牙周病的專科醫師，我的看法就是說目前其實是在醫院裡面的成長比較多，一方面是因有比較多的 PGY 的學員，有所謂的 requirement 部分，所以基層院所比較會下降！其實我認為大部分與區域有關係，看到是高屏跟屏東南部，因為他們的住民距離比較遠，事實上現在有要求完成率部分，很多醫生會擔心完成率沒有辦法完成，不會去執行的，這可能要去考量；第二個部分是站在專科醫師，專科的立場來看，我們其實是要質比量重要，從開始從健保有給付以後，大家可以發現很多病人投訴不見了，因為利用了這個管道紓解了很多自費的壓力，對很多民眾的治療，確實解決很大部分；在質的部分，剛剛特別提到是再教育，不見得每個醫師都那麼有興趣，不說他們不願意做，他們也沒有興趣，如做 10 個 OD 所花的時間，說不定比做一個牙周病時間還要少，或者更輕鬆，沒有壓力，所以也是執行面的考量，病人需要是什麼？另外，品保款的部分，請看表 4，層級 0 的部分醫院占 7%，診所占 11%，我之前有打電話到貴署詢問，醫院是哪個層級？醫院沒有領到任何的品質保留款，是非常有興趣的部分，因為大部分最少都應該執行口腔癌篩檢，很想了解醫院是真的一個項目都沒有辦法達到。也許只有 1、2 位醫師根本等於基層診所的狀況，但是共有 12 家，是不是在下一次的資料可以補充，哪些醫院，哪類醫院發生這樣的事情？站在醫院牙科學會立場，希望能輔導他們，畢竟家數不算太多，希望能夠讓他們有一些修正，達到健保署的要求，提供更高的品質，以上，謝謝。

## 主席

好，非常謝謝，這個意見很好，就是很多的表，包括謝代表剛剛講報告裡醫院部分能按層級區分，這個品保款的醫院也按層級區分。這 12 家究竟是那些層級？其實不是每個醫院都有設牙科，但醫學中心應該都有，對不對？區域醫院可能也有一些，就是要弄清楚。

## 劉科長林義

補充一下，未核發品保款之 12 家醫院，我們統計地區醫院有 10 家，區域醫院有 2 家。

**主席**

醫學中心都有拿到錢，就是 12 家有 10 家地區醫院，2 家區域醫院沒領到品保款，那名單可以提供給公會嗎？名單如可提供，那如何去輔導？其實 5 到 15% 的這兩家醫院也需了解，也不是只有 0 的要了解，這個部分全聯會會不會自己知道？

**龐組長一鳴**

提供名單是個大問題，如果要輔導，7 百多家都要輔導喔。

**翁代表德育**

我想是說，是不是有需要把名單給我們，要再慎重考慮一下，因為這牽涉到不一定院所會高興讓人家知道這個事情，我是在擔心，因為我們以前曾經想要過這樣的事，但是碰了一鼻子灰。

**主席**

如醫院要了解，745 家基層診所也得了解了解。

**翁代表德育**

我們可以針對品質指標裡面的個別指標項目，發文跟大家說明有這些事情拉！但是如果針對個別院所，覺得可能是署裡面要考量的。

**主席**

那這樣，品質怎麼進步啊？

**翁代表德育**

我們可以針對全體做一個指標，一個宣示性的一個告知，但是有沒有必要針對每一家院所告知怎樣去做？我覺得署裡面，是不是要稍微再考量一下！以上。

**主席**

品保款除了要發錢鼓勵以外，也希望增進品質的提升，是不是？應該是這樣嘛！

**陳代表彥廷**

所以，我們幾乎所有的項目都會做例行性的宣導，告知要怎麼做才可以拿到品保款，這部份我們是普遍通案在做。

**主席**

好，請後面。

**溫斯勇醫師**

不好意思，剛剛說要全聯會去幫忙協助輔導，個人建議健保署可不可以輔導那些第一項指標拿不到的院所？其實我們有 5% 未達到第一項是因為至少其中有一個月未領到暫付款之指標，事實上醫院 7% 全部拿不到中，有 5% 是因為它沒有每個月在 20 日以前完成申報，拿到暫付；基層院所 11% 拿不到裡面有 9% 的，就是有 605



家是沒有在每個月 20 日以前完成申報，領到暫付款。

**主席**

他不在乎？。

**溫斯勇醫師**

對，連暫付款規則都不在意，如果需要輔導，是不是由健保署來幫忙輔導更好？

**主席**

他不在乎我們就不在乎，這個你提得太好，破題了，第一項暫付指標未達醫院就 9 家了，剛剛 12 家醫院就 9 家，745 家診所 605 家就是這個原因。所以不缺錢的人就算了，他也不在乎要暫付，可見牙醫不錯嘛！大家對 cash flow 不是很在乎！就是晚一點申報都無所謂，也不需要暫付，OK，經過這樣討論後，顯然是我們給付牙醫不少，列為總額協商參考，付會者代表玉琴有聽到喔，顯然我們對牙醫是太好了，好，這個品質保留款的核發報告還有沒有其他意見？如果沒有意見，我們這個案子就確定了，今天沒有討論事項，有沒有臨時動議？沒有，今天會議就到這裡，下一次見面就是協商見，謝謝大家。