

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

104 年度第 1 次臨時會議紀錄

時間：104 年 12 月 17 日(星期四)上午 9 時 30 分

地點：9 樓第 1 會議室(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)

朱代表日僑	朱日僑	莊代表志強	請假
吳代表玉琴	吳玉琴	連代表新傑	連新傑
吳代表成才	請假	陳代表建志	陳建志
吳代表明彥	吳明彥	陳代表彥廷	陳彥廷
呂代表軒東	請假	陳代表義聰	陳義聰
呂代表毓修	請假	黃代表福傳	黃福傳
李代表明憲	李明憲	黃代表翰玟	黃翰玟
杜代表裕康	杜裕康	劉代表新華	請假
阮代表議賢	阮議賢	劉代表經文	請假
季代表麟揚	請假	劉代表賢哲	劉賢哲
林代表俊彬	林俊彬	蔣代表維凡	請假
林代表富滿	請假	黎代表達明	請假
林代表敬修	林敬修	謝代表武吉	尹文國代
施代表皇仰	施皇仰	羅代表界山	羅界山
徐代表邦賢	徐邦賢	龐代表一鳴	龐一鳴
翁代表德育	翁德育		

列席人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

全民健康保險會

魏璽倫、彭美瑩

中華民國牙醫師公會全國聯合會	溫斯勇、戴惠子、邵格蘊、廖秋英、 柯懿娟、許家禎
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
臺灣醫院協會	
本署臺北業務組	李如芳、何翠華、謝鈴珍
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	郭碧雲
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、郭翠雯、賴淑華
本署資訊組	姜義國
本署主計室	黃莉瑩
本署醫務管理組	陳真慧、張溫溫、林淑範、張美玲、 劉林義、谷祖棣、甯素珠、劉立麗、 楊秀文、鄭正義、張巧如、李佩純、 林蘭

壹、主席致詞(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「105年度品質保證保留款方案」

結論：

(一) 本案修訂重點如下

1. 同意牙全會將減計原則修改為核發原則，並區分為專業(80%)及政策(20%)獎勵二項指標。
2. 指標部分將「兒童牙齒塗氟保健服務」修改為「牙周病

顧本計畫」、將「就醫率」指標定義限縮為「月平均初核核減率」。

(二) 本案修訂後，依程序報衛生福利部核定後公告。

第二案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：105 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式

結論：同意一般服務預算移撥「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」1.8 億元及「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計畫」0.8 億元專用費用。

第三案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「105 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」

結論：

(一) 本計畫修訂重點摘要如下

1. 為簡化作業，第 1、2 階段全年預算執行如有結餘才再作全年結算；另明訂第 3 階段全年預算執行若有結餘，依 103 年第 4 季人口風險因子(R 值)分配回歸一般服務費用。
2. 有關醫師完成第三階段服務個案數比率<33.33%之退場機制統計邏輯，同意限同院所不限同醫師方式計算。
3. 醫師名單或執業執照異動之函報核定作業簡化乙節，請研議並於 105 年 6 月前完成相關資訊系統建置為原則。
4. 請將原「健保不給付項目」文字刪除，修改為「治療過程中，有特殊需要，向病人詳述理由，獲同意付費後，方得提供」；惟為保障民眾就醫權益，本計畫所提之牙周抗生素凝膠及消炎凝膠，請報本署研議納入給付。

(二) 本案修訂後依程序辦理後續作業。

第四案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 103 年牙周病統合照護計畫退場機制計算方式。

結論：

- (一) 與第三案(一)之 2 相同。
- (二) 因院所歇業或停約等其他因素，無法在同院所接續完成治療，由本署各分區業務組個案認定之。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

組

案由：修訂「105 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」

結論：

- (一) 本方案第三項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計畫回歸為獨立方案。
- (二) 第一項執業計畫及第二項巡迴計畫，修訂重點摘要如下
 1. 執業及巡迴計畫施行地區分級由四級合併為三級：其中一、二級合併後執業保障額度及巡迴論次費用比照原二級(22 萬點/1500 點)，三、四級依序調整級數為二、三級，保障額度比照原三、四級(24 萬點/2400 點、28 萬點/3400 點)。
 2. 執業計畫修正明訂「以『無牙醫鄉』為優先」(以前一年度截至 11 月底資料為依據)，爰刪除新北市坪林區、新竹縣北埔鄉、台東縣大武鄉，納入彰化縣竹塘鄉、南投縣仁愛鄉、雲林縣口湖鄉；年度中如有增減無牙醫鄉，中華民國牙醫師公會全國聯合會可於牙醫總額研商議事會議提報施行地區之修正，如經會議結論通過將依程序辦理修正公告事宜。
 3. 同意巡迴計畫施行地區新增「雲林縣莿桐鄉(六合村)」。

4. 同意執業計畫二級地區(原三級地區)依比例原則修訂未達保障額度之核付成數 30%提高為 40%。
5. 同意執業計畫巡迴服務及巡迴計畫申報論次費用時不再全數檢附彩色照片，若無法過卡之地點及執行口腔衛生服務者，再檢附照片供分區業務組比對即可。
6. 同意每位醫師巡迴服務每月平均每診次 2 萬點及每月總服務點數 24 萬點服務量限制由申報點數(含部分負擔)改為申請點數；每月巡迴服務診次特殊情形以 16 次為限，惟須分區核定同意。
7. 執業計畫保障期間新增執行本計畫滿 3 年者之退場機制規定：「如前一年度之每月總服務量累計 2 個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後核定停止該執業診所參加本計畫」。
8. 巡迴計畫社區醫療站-新增成效監測規定：「成立滿 2 年之社區醫療站每月每次平均就診人次連續三個月低於 2 人者應提改善計畫書或變更巡迴服務時段，並經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用」。

(三) 第三項計畫同意年度、移撥金額、計畫時程之修訂及所列適用鄉鎮地區，並將每位醫師每月在 50 萬點(含)以下點數保障點值部分，提高標準為 60 萬點(含)。

(四) 本案修訂後依程序辦理報部核定作業。

第六案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「105 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」

結論：

(一) 特定身心障礙者牙醫服務部分修訂重點如下：

- (1) 適用對象新增 ICF 新制身心障礙類別為第 4 類到第 6 類之重度以上重要器官失去功能者；失能老人增加經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立

財團法人，公立或公設民營之老人福利機構者。

- (2) 醫療團服務機構新增經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構。
- (3) 到宅醫療服務，修訂居家照護特定類別，將有明確之醫療與護理服務項目需要服務者條件納入，並刪除居家個案需由醫師轉介之規定；且增列失能老人需為長期臥床無法自行前往就醫之患者規定。
- (4) 增訂到宅醫療服務學分規定，並放寬參加計畫之院所接受到宅牙醫服務相關課程之醫師，可提供到宅牙醫服務。
- (5) 到宅牙醫原論次加論量支付方式，改為論次支付，每案支給 5700 點，不得收取其它自費；另新增每案每年 1 次訪視費項目，支給 1533 點。
- (6) 原到宅醫療服務個案以 2 個月執行 1 次為限改為執行 1 次為原則。

(二) 本案修訂後依程序辦理報部核定作業。

第七案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修訂及新增
項目案

結論：

- (一) 牙醫品質保證保留款不得用於支付標準之調整。
- (二) 同意山地離島地區 00125C、00126C 牙醫門診診察費由 250 點調增為 260 點；符合加強感染管制之 00129C、00130C 牙科門診診察費由 285 點調增為 310 點，00133C、00134C 山地離島地區診察費由 305 點調增為 340 點。
- (三) 同意 89088C、90088C、91088C、92088C 轉診費用由 50 點

調增為 200 點，並新增身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用項目(支給 200 點)，其轉診單請於一周內修改，增列轉出院所及醫師相關資料。

- (四) 同意新增「牙醫急症處置」(支給 1000 點)及「週日及國定假日牙醫門診急診處置項目(支給 800 點)」，其不得同時申報項目，請增列 X 光片為內含項目。
- (五) 同意新增雙鄰接面複合樹脂充填(前牙支給 1200 點，後牙支給 1450 點)、乳牙複雜性拔牙(支給 560 點)項目。
- (六) 新增週日及國定假日牙醫門診急診處置、乳牙複雜性拔牙、身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用及牙醫急症處置項目費用，由醫療服務利用及密集度改變匡列之 111 百萬預算支應。
- (七) 其他調增點數項目費用及新增前牙雙鄰接面複合樹脂充填、後牙雙鄰接面複合樹脂充填項目費用，由醫療服務成本指標改變率預算 888.2 百萬預算支應。

第八案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂審查面「二十項指標」，提請討論。

結論：照案通過如附件 1。

參、本次會議發言實錄摘要如附件 2。

肆、散會(12 時 45 分)

二十項指標 (含七項共同指標)

93.10.20 「牙醫總額支付委員會」第十八次會議通過

103.05.27 牙醫總額研商議事會議 103 年第 2 次會議修訂通過

104.12.17 牙醫總額研商議事會議 104 年第 1 次臨時會修訂通過

- (1) 醫事機構內醫師之月最高總點數。
當季，某月最高申報金額之醫師之月最高總點數
- (2) 平均每位患者之醫療耗用點數。(醫療耗用值)
醫事機構季之總點數÷醫事機構季之就醫人數
- (3) OD 醫令點數佔總點數之百分比。
~~醫事機構季之 OD 總點數÷季總點數~~
醫事機構季之 OD 醫令總點數÷醫事機構季總點數
- (4) 有 OD 患者之 OD 耗用點數。(O.D.耗用值)
醫事機構季之 OD 醫令總點數÷醫事機構季之有 OD 患者人數
- (5) 就醫患者之平均 OD 顆數。
該季之 OD 總顆數÷該季之就醫患者人數
- (6) 有 OD 患者之平均填補顆數。
該季之 OD 總顆數÷該季之有 OD 患者人數
- (7) OD 之平均面數。
該季之 OD 面數÷該季之 OD 總顆數
- (8) 第二年自家 OD 重補率。
醫事機構該季第二年之自家重補數*100÷該季之 OD 總顆數
- (9) 第二年他家 OD 重補率。
醫事機構該季第二年之他家重補數*100÷該季之 OD 總顆數
- (10) 第二年 OD 總重補率。
醫事機構該季第二年之總重補數*100÷該季之 OD 總顆數
- (11) 非根管治療點數佔總點數之百分比。
【當季申報總點數－當季 ENDO 項目總點數】÷ 當季申報總點數
- (12) 根管未完成率。
~~醫事機構該季之[90015C－(90001C+90002C+90003C+90016C+~~
~~90018C+90019C+90020C)]總顆數*100÷醫事機構該季之 90015C 總顆數~~
醫事機構該季之[90015C－(恆牙/乳牙/多生牙)根管治療(充填)醫令]總顆數*100÷醫事機構該季之 90015C 總顆數
- (13) 平均取卡數。
醫事機構該季之取卡總數 ÷ 醫事機構該季之就醫人數

- (14) 半年內自家與他家醫事機構再洗牙（牙結石清除）的比率。
~~半年內自家出現重覆全口牙結石清除(91004C)次數÷半年內他家出現重覆全口牙結石清除(91004C)之次數~~
半年內自家/他家出現重覆全口牙結石清除(91004C)次數÷醫事機構該季之全口牙結石清除(91004C)總次數
- (15) 半年內自家根管治療之再治療率。
~~半年內自家重覆出現(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C)÷半年內自家全部出現(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C)~~
半年內在自家醫事機構曾申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的齒數÷半年內醫事機構該季申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的總齒數
- (16) 半年內他家醫事機構根管治療之再治療率。
~~半年內他家重覆出現(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C)÷半年內他家全部出現(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C)~~
半年內在他家醫事機構(指全國)曾申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的齒數÷半年內醫事機構該季申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的總齒數
- (17) 牙醫門診特約醫療院所拔牙前半年耗用值。
 回溯同顆牙自家前一八〇天所申報牙體復形及根管治療項目支付點數總和(92013C、92014C、92015C、92016C、92055C)。
- (18) OD 醫令點數佔總處置費之百分比
~~當季 OD 項目總點數÷當季申報總處置費點數~~
醫事機構季之 OD 醫令總點數÷醫事機構季總處置費點數
- (19) 第三年自家OD重補率
醫事機構該季第三年之自家重補數*100÷該季之 OD 醫令總顆數
- (20) 第三年他家OD重補率
醫事機構該季第三年之他家重補數*100÷該季之 OD 醫令總顆數

定義異常值百分位區間界於94.5-100%之間，並就二十項指標中選用七項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質，七項共同指標如下：

五項絕對指標：

- (1) 就醫病患平均耗用值（醫療耗用值）
- (2) OD 醫令點數佔率

[明確定義 OD 醫令點數佔總點數之百分比。

~~或 O.D.點數佔總處置費之百分比~~

- (3) 就醫病患平均 OD 顆數
- (4) 第二年自家 OD 重補率
- (5) 第三年自家 OD 重補率

二項相對指標：

- (1) 第二年他家 OD 重補率
- (2) 第三年他家 OD 重補率

二十項指標邏輯定義及說明

OD 醫令	89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89013C
OD 單面	89001C、89004C、89008C、89011C
OD 雙面	89002C、89005C、89009C
OD 三面	89003C、89010C、89012C
ENDO 醫令	90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90015C、90016C、90018C
根管開擴醫令	90015C
恆牙根管治療(充填)醫令	90001C、90002C、90003C、90019C、90020C
乳牙根管治療(充填)醫令	90016C、90018C
恆牙拔牙醫令	92013C、92014C、92015C、92016C、92063C
乳牙拔牙醫令	92055C
根管治療項目	90001C-90020C、90091C-90098

恆牙	齒位 11-18、21-28、31-38、41-48
乳牙	齒位 51-55、61-65、71-75、81-85
多生牙	齒位 19、29、39、49

總點數：	診察費+處置費(含部份負擔) 不含交付調劑的費用、自行調劑的費用、藥事服務費
OD 醫令總點數	<u>支付標準表第三部牙醫第三章牙科處置及手術第一節牙復形，排除 89006C、89007C、89088C</u>

◆ 年齡之計算：就醫年 減 出生年。

◆ 指標計算：

定義	說明
月	指各月
季	指 1-3 月、4-6 月、7-9 月、10-12 月
一年	指 1-12 月

◆ 期間天數定義：

定義	說明
半年	指 180 天
一年	指 0 - 365 天
二年	指 0 - 730 天
第二年	指 366 - 730 天

三年	指 0 - 1095 天
第三年	指 731 - 1095 天

- ◆ 資料之範圍：申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
- ◆ 排除項目：如排除下列項目，則費用不列入該指標計算：
 - (1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。
 - (4) 案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。
 - (5) 案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6) 案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。
 - (7) 案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。
 - (8) 案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。
 - (9) 案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。
 - (10) 案件分類為 B6—職災代辦案件。
 - (11) 案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12) 加成之點數。
 - (13) 初診診察費差額。
 - (14) 感染控制診察費。
 - (15) 山地離島診察費差額。
 - (16) 牙醫急診診察費差額。
 - (17) 門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務費。

[註 1] 牙齒預防保健案件

案件分類	就醫序號	醫令代碼	服務項目
A3	IC81	81	氟化防齲處理
A3	IC82	82	非山地鄉學童白齒窩溝封劑
A3	IC83	83	山地鄉兒童白齒窩溝封劑 (sealant)
A3	IC85	85	定量免疫法糞便潛血檢查服務
A3	IC87	87	&&未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區氟化防齲處理
A3	IC95	95	口腔黏膜檢查
A3	IC96	96	口腔黏膜檢查服務品質
A3	IC97	97	口腔黏膜檢查(18-29 原住民)102.06

<u>恆牙第一大臼齒窩溝封填 1.103年入學國小一年級學童（出生日期為96年9月2日至97年9月1日(含)）</u>			
2. 低收入戶及中低收入戶之國小二年級學童			
3. 不含山地原住民鄉、離島地區及身心障礙國小一、二年級			
<u>A3</u>	<u>IC8A</u>	<u>8A</u>	<u>牙位16</u>
<u>A3</u>	<u>IC8B</u>	<u>8B</u>	<u>牙位26</u>
<u>A3</u>	<u>IC8C</u>	<u>8C</u>	<u>牙位36</u>
<u>A3</u>	<u>IC8D</u>	<u>8D</u>	<u>牙位46</u>
<u>恆牙第一大臼齒窩溝封填 1. 山地原住民鄉及離島地區之國小一、二年級學童</u>			
2. 身心障礙之國小一、二年級			
<u>A3</u>	<u>IC8E</u>	<u>8E</u>	<u>(牙位16)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8F</u>	<u>8F</u>	<u>(牙位26)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8G</u>	<u>8G</u>	<u>(牙位36)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8H</u>	<u>8H</u>	<u>(牙位46)</u>
<u>第一次評估檢查（同一牙位窩溝封填施作間隔6個月(含)以上）</u>			
<u>A3</u>	<u>IC8I</u>	<u>8I</u>	<u>(牙位16)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8J</u>	<u>8J</u>	<u>(牙位26)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8K</u>	<u>8K</u>	<u>(牙位36)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8L</u>	<u>8L</u>	<u>(牙位46)</u>
<u>第二次評估檢查（同一牙位窩溝封填施作間隔12個月(含)以上，且與第一次評估檢查間隔6個月(含)以上）</u>			
<u>A3</u>	<u>IC8M</u>	<u>8M</u>	<u>(牙位16)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8N</u>	<u>8N</u>	<u>(牙位26)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8O</u>	<u>8O</u>	<u>(牙位36)</u>
<u>A3</u>	<u>IC8P</u>	<u>8P</u>	<u>(牙位 46)</u>

[註 2] 牙周病統合照護案件

案件分類	特定治療項目代號	醫令代碼	診療項目
15	cure_item1='FP'	P4001C	牙周病統合照護第一階段
15	cure_item1='FQ'	P4002C	牙周病統合照護第二階段
15	cure_item1='FR'	P4003C	牙周病統合照護第三階段

◆ OD 重覆率之計算：

自家重覆計算方式為往前追蹤發生在前一次自家填補的間隔日數

他家重覆計算方式為往前追蹤發生在前一次填補的間隔日數

(因為往前追蹤發生重覆時前一次為他家,而再往前時可能有自家重覆時,以那次為計算自家填補的間隔日數)

二十項指標邏輯定義

指標邏輯定義	計算排除項目
<p>(1)醫事機構內醫師之月最高點數：</p> <p>分子：當季，某月醫療院所內最高申報醫療費用之醫師之月最高總點數。</p> <p>分母：無。</p>	<p>總點數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(4)<u>案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p>(5)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(6)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(7)<u>案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</u></p> <p>(8)<u>案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。</u></p> <p>(9)<u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(10)<u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(11)<u>案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p> <p>(12)加成之點數。</p> <p>(13)初診診察費差額。</p> <p>(14)感染控制診察費。</p> <p>(15)山地離島診察費差額。</p> <p>(16)牙醫急診診察費差額。</p>

	(17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費
<p>(2)平均每位患者之醫療耗用點數。(醫療耗用值)：</p> <p>分子：醫事機構季之總點數。</p> <p>分母：醫事機構季之就醫人數。</p>	<p>總點數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(4)<u>案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p>(5)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(6)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p><u>(7)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</u></p> <p><u>(8)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。</u></p> <p>(9)<u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(10)<u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p> <p>(12)加成之點數。</p> <p>(13)初診診察費差額。</p> <p>(14)感染控制診察費。</p> <p>(15)山地離島診察費差額。</p> <p>(16)牙醫急診診察費差額。</p> <p>(17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費</p>

	<p>就醫人數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3)<u>案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p>(4)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(5)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(6)<u>案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</u></p> <p>(7)<u>案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。</u></p> <p>(8)<u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(9)<u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(10)<u>案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p>
<p>(3)OD <u>醫令</u>點數佔總點數之百分比：</p> <p>分子：醫事機構季之 OD 醫令點數(含乳牙、恆牙及多生牙)。</p> <p>分母：季總點數。</p> <p>公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。</p> <p>備註：如遇 OD 醫令點數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p>OD 醫令點數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(4)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(5)<u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(6)加成之點數。</p>

	<p>總點數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(4)<u>案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p>(5)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(6)<u>案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(7)<u>案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</u></p> <p>(8)<u>案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。</u></p> <p>(9)<u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(10)<u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(11)<u>案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p> <p>(12)加成之點數。</p> <p>(13)初診診察費差額。</p> <p>(14)感染控制診察費。</p> <p>(15)山地離島診察費差額。</p> <p>(16)牙醫急診診察費差額。</p> <p>(17)<u>門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費</u></p>
(4)有 OD 患者之 OD <u>醫令</u> 耗用點數。(OD 耗用值)：	OD 醫令點數排除：

<p>分子：醫事機構季之 OD 醫令點數(含乳牙、恆牙及多生牙)。</p> <p>分母：醫事機構季之有 OD 醫令(含乳牙、恆牙及多生牙)就醫人數。</p> <p>公式：分子 / 分母。</p> <p>備註：分子 OD 醫令總點數為 0 時 不顯示(排除)。</p>	<p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3)<u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(4)<u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」</u>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。</p> <p>(5)<u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p> <p>(6)加成之點數。</p> <p>有 OD 醫令就醫人數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3)<u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(4)<u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」</u>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。</p> <p>(5)<u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p>
<p>(5)就醫患者之平均 OD <u>醫令</u>顆數：</p> <p>分子：醫事機構該季之 OD 醫令總顆數(含乳牙、恆牙及多生牙)。</p> <p>分母：醫事機構該季之就醫人數。</p> <p>公式：分子 / 分母。</p>	<p>OD 醫令總顆數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3)<u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(4)<u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」</u>全民健康保險提供保險對象</p>

<p>備註：OD 醫令總顆數為 0 時排除在統計範圍外，百分位以”0”記入。</p>	<p>收容於矯正機關者醫療服務計畫。</p> <p>(5) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>就醫人數排除：</p> <p>(1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3) <u>案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p>(4) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(5) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(6) <u>案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</u></p> <p>(7) <u>案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。</u></p> <p>(8) <u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(9) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(10) <u>案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p>
<p>(6)有 OD <u>醫令</u>患者之平均填補顆數：</p> <p>分子：醫事機構該季之 OD 醫令總顆數(含乳牙、恆牙及多生牙)。</p> <p>分母：醫事機構該季之有 OD 醫令(含乳牙、恆牙及多生牙)就醫人數。</p> <p>公式：分子 / 分母。</p>	<p>平均填補顆數排除：</p> <p>(1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(4) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p>

<p>備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p>(5) <u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p> <p>OD 醫令就醫人數排除：</p> <p>(1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3) <u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(4) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」</u> 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。</p> <p>(5) <u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p>
<p>(7) <u>OD 醫令</u>之平均面數：排除 89013C</p> <p>分子：醫事機構該季之 OD 面數(含乳牙、恆牙及多生牙)。</p> <p>分母：醫事機構該季之 OD 醫令(含乳牙、恆牙及多生牙)總顆數。</p> <p>公式：分子 / 分母。</p> <p>備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p>OD 面數排除：排除 89013C</p> <p>(1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3) <u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(4) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」</u> 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。</p> <p>(5) <u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p> <p>OD 醫令總顆數排除：排除 89013C</p> <p>(1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(3) <u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(4) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」</u> 全民健康保險提供保險對象</p>

	<p>收容於矯正機關者醫療服務計畫。</p> <p>(5) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p>
<p>(8) 第二年自家 OD 再補率：排除 89013C</p> <p>分子：醫事機構該季往前追溯發生在第二年 (366-730 天) 內之自家患者同牙位有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。</p> <p>分母：醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。</p> <p>公式：(分子/分母)x100%。</p> <p>備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p><u>追溯 OD 醫令之顆數排除：排除 89013C</u></p> <p>(1) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(3) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(4) 案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算</p> <p><u>(5) 案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算</u></p> <p><u>OD 醫令總顆數排除：排除 89013C</u></p> <p>(1) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(3) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(4) 案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫</u></p>
<p>(9) 第二年他家 OD 再補率：排除 89013C</p> <p>分子：醫事機構該季往前追溯發生在第二年 (366-730 天) 內之自家患者同牙位在其他醫事機構(<u>指全國</u>)有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。</p>	<p><u>追溯 OD 醫令之顆數：排除 89013C</u></p> <p>(1) <u>案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</u></p> <p>(2) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(3) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(4) 案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算</u></p>

<p>分母：同時期該醫事機構該季所有申請 OD 醫令 (含乳牙、恆牙)之總顆數。</p> <p>公式：(分子/分母)x100%。</p> <p>備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p>(5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」 <u>收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算</u></p> <p><u>OD 醫令總顆數排除：排除 89013C</u></p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3)案件分類為 B6—職災代辦案件。</p> <p>(4)案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫</p>
<p>(10)第二年 OD 總再補率：排除 89013C</p> <p>分子：醫事機構該季往前追溯發生在第二年 (366-730 天)內之自家患者同牙位在自家或其他醫事機構(指全國)有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。</p> <p>分母：同時期該醫事機構該季所有申請 OD 醫令 (含乳牙、恆牙)之總顆數。</p> <p>公式：(分子/分母)x100%。</p> <p>備註：1.如遇 OD 總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p> <p>2.於第 8、9、10 項中會遇到 OD failure 引發 ENDO 的狀況，導致 ENDO 完成後的 OD 醫令產生重複的狀況，此種情況</p>	<p><u>追溯 OD 醫令之顆數：排除 89013C</u></p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3)案件分類為 B6—職災代辦案件。</p> <p>(4)案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算</p> <p>(5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」 <u>收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算</u></p> <p><u>OD 醫令總顆數排除：排除 89013C</u></p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3)案件分類為 B6—職災代辦案件。</p> <p>(4)案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫</p>

<p>不另以例外排除，建議未來利用兩項指標交互比對修正即可。</p>	
<p>(11)非根管治療點數佔總點數之百分比：</p> <p>分子：<u>醫事機構當季申報總點數－當季 ENDO 項目(含乳牙、恆牙及多生牙)總點數。</u></p> <p>分母：<u>醫事機構當季申報總點數。</u></p> <p>公式：<u>(分子/分母)x100%。</u></p> <p>備註：<u>如遇 ENDO 總點數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</u></p>	<p>當季 ENDO 項目總點數排除：</p> <p>(1)<u>案件分類為 14、16－專款專用之試辦計畫項目。</u></p> <p>(2)<u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(3)<u>案件分類為 B6－職災代辦案件。</u></p> <p>(4)<u>案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫</u></p> <p><u>總點數排除：</u></p> <p>(1)<u>週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</u></p> <p>(2)<u>支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</u></p> <p>(3)<u>案件分類為 14、16－專款專用之試辦計畫項目。</u></p> <p>(4)<u>案件分類為 15－牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p>(5)<u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(6)<u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(7)<u>案件分類為 A3－牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(8)<u>案件分類為 B6－職災代辦案件。</u></p> <p>(9)<u>案件分類為 19－口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</u></p> <p>(10)<u>案件分類為 19－口腔黏膜難症特別處置 92073C。</u></p> <p>(11)<u>案件分類為 B7－行政協助門診戒菸部份。</u></p>

	<p><u>(12)加成之點數。</u></p> <p><u>(13)初診診察費差額。</u></p> <p><u>(14)感染控制診察費。</u></p> <p><u>(15)山地離島診察費差額。</u></p> <p><u>(16)牙醫急診診察費差額。</u></p> <p>(17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費。</p>
<p>(12)根管未完成率：</p> <p>分子：<u>醫事機構該季之[90015C—(恆牙/乳牙/多生牙)根管治療(充填)醫令</u> $(90001C+90002C+90003C+90016C+$ $90018C+90019C+90020C)]$<u>(含乳牙、恆牙及多生牙)總顆數。</u></p> <p>分母：<u>醫事機構該季之 90015C(含乳牙、恆牙及多生牙)總顆數。</u></p> <p>公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。</p>	<p>排除：</p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p><u>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p><u>(3)案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(4)案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫</u></p>
<p>(13)平均取卡數：</p> <p>分子：<u>醫事機構該季之取卡總數。</u></p> <p>分母：<u>醫事機構該季之就醫人數。</u></p> <p>公式：<u>分子 / 分母。</u></p> <p>註：<u>同一療程之取卡不計算在內。</u></p>	<p><u>取卡總數排除：</u></p> <p><u>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</u></p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p><u>(3)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p><u>(4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p>

	<p>(5) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(6) <u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(7) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(8) <u>案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p> <p><u>就醫人數排除：</u></p> <p>(1) <u>週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</u></p> <p>(2) <u>案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</u></p> <p>(3) <u>案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。</u></p> <p>(4) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(5) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p>(6) <u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(7) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(8) <u>案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p>
<p>(14)半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率： 分子：醫事機構該季全口牙結石清除病人往前回溯發生在半年內(0-180天)出現重覆自家與他家醫事機構(指全國)全口牙結石清除</p>	<p><u>往前回溯次數排除：</u></p> <p>(1) <u>案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</u></p> <p>(2) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p>(3) <u>案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p>

<p>(91004C)之次數。</p> <p>分母：醫事機構該季之全口牙結石清除(91004C)總次數。</p> <p>公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$</p>	<p><u>(4)案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p> <p>全口牙結石清除總次數排除：</p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p><u>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p><u>(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p><u>(4)案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p>
<p>(15)半年內自家根管治療之再治療率：</p> <p>分子：<u>醫事機構該季申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令</u>，同患者同牙位往前回溯發生在 0-180 天在自家醫事機構曾申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令兩次(含)以上的齒數。</p> <p>分母：<u>醫事機構該季申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令</u>的總齒數。</p>	<p>排除：</p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p><u>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p><u>(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p><u>(4)案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p> <p><u>醫事機構該季申報恆牙或乳牙根管治療(充填)醫令的總齒數：</u></p> <p>排除：</p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p><u>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p>

<p>公式：(分子 / 分母) x 100%。</p>	<p>(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</p> <p>(4)案件分類為 B6—職災代辦案件。</p> <p>(5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</p>
<p>(16)半年內他家根管治療之再治療率：</p> <p>分子：<u>醫事機構該季申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令</u>，同患者同牙位往前回溯發生在 0-180 天在他家醫事機構(指全國)曾申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的齒數。</p> <p>分母：醫事機構該季申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令的總齒數。</p> <p>公式：(分子 / 分母) x 100%。</p>	<p>排除：</p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</p> <p>(4)案件分類為 B6—職災代辦案件。</p> <p>(5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</p>
<p>(17)醫療院所拔牙前半年耗用值：</p> <p>分子：醫事機構該該季申報牙齒拔除的所有牙齒(<u>拔牙醫令(92013C、92014C、92015C、92016C、92055C)</u>)，同病患同牙位在自</p>	<p>排除：</p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象</p>

<p>家醫療機構往前回溯發生在 0-180 天內申報牙體復形及根管治療項目支付點數總和(92013C、92014C、92015C、92016C、92055C)。</p> <p>分母：醫事機構該季申報牙齒拔除的總顆數。</p> <p>公式：分子 / 分母。</p> <p>(已不合時宜，且甚少使用。決議暫不刪除但不列入經常性追蹤項目。)</p>	<p>收容於矯正機關者醫療服務計畫。</p> <p><u>(4)案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p><u>(5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p>
<p>(18)OD 醫令點數佔總處置費之百分比：</p> <p>分子：醫事機構季之 OD 醫令點數(含乳牙、恆牙及多生牙)。</p> <p>分母：醫事機構季總處置費。</p> <p>公式：(分子/分母)x100%。</p> <p>備註：如遇 OD 醫令點數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p>OD 醫令點數排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報 OD 點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p><u>(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</u></p> <p><u>(4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</u></p> <p><u>(5)案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(6)OD 加成之點數。</p> <p>總處置費排除：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p>

	<p>(3) <u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(4) <u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。</p> <p>(5) <u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p> <p>(6) <u>案件分類為 19</u>—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</p> <p>(7) <u>案件分類為 19</u>—口腔黏膜難症特別處置 92073C。</p> <p>(8) <u>案件分類為 B7</u>—行政協助門診戒菸部份。</p> <p>(9) 加成之點數。</p> <p>(10) 門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費</p>
<p>(19) 第三年自家 OD 再補率：排除 89013C</p> <p>分子：醫事機構該季往前追溯發生在第三年(731-1095 天)內之自家同患者同牙位有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。</p> <p>分母：醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。</p> <p>公式：(分子 / 分母) x 100%。</p> <p>備註：如遇 OD 總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p><u>追溯 OD 醫令之顆數排除：排除 89013C</u></p> <p>(1) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) <u>案件分類為 19</u>—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3) <u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p> <p>(4) 案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算</p> <p>(5) <u>案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算</u></p> <p><u>OD 醫令總顆數排除：排除 89013C</u></p> <p>(1) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) <u>案件分類為 19</u> 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3) <u>案件分類為 B6</u>—職災代辦案件。</p>

	(4)案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫
<p>(20)第三年他家 OD 再補率：排除 89013C</p> <p>分子：醫事機構該季往前追溯發生在第三年(731-1095 天)內之自家同患者同牙位在其他醫事機構(指全國)有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。</p> <p>分母：該醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。</p> <p>公式：(分子 / 分母) x 100%。</p> <p>備註：如遇 OD 總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。</p>	<p><u>追溯 OD 醫令之顆數：排除 89013C</u></p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3)案件分類為 B6—職災代辦案件。</p> <p>(4)案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算</p> <p>(5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算</p> <p><u>OD 醫令總顆數排除：排除 89013C</u></p> <p>(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(3)案件分類為 B6—職災代辦案件。</p> <p>(4)案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫</p>

104 年牙醫總額研商議事會議第 1 次臨時會議實錄摘要

主席致詞

先介紹牙醫學會新代表呂軒東代表，喔，還沒到，另外 11 時 15 分我要離開，如果到時還不能結束，就由龐組長繼續主持。希望今日臨時會能把八案討論完畢。就從第一案開始。喔，有程序問題嗎？要調順序嗎？

羅代表界山

原第六案請移第一案討論。

主席

請問提案有人附議嗎？有人附議，大家同不同意？好，大家同意，先從第六案討論。

第六案 牙醫特殊醫療服務試辦計畫

主席

本案大致意見已說明，修正內容請醫管組精簡的說明。

羅代表界山

先補充報告一下，上次會議通過僅保留到宅醫療部分提本次會議討論，但上次通過部分，仍有部分修正，請再確認。

第一是 53 頁計畫適用對象新增重要器官失去功能障別部分，另於 82 頁補充新制身心障礙第 4 類到第 6 類之類別及 07 重要器官失去功能者障別資料。

主席

心臟、胃到膀胱等類器官失去功能時，是否會增加看牙的風險？

羅代表界山

造血功能、吞嚥功能失常，包括心臟、肝、腎臟失去功能者都可能有風險，但身障手冊未載明器官類別，無法辨識。

林專門委員淑範

確認一下全聯會意見，第 53 頁適用對象新增重要器官失去功能者、是否後面括弧內有關新制評鑑類別文字內容，應新增第 4、5、6 類，亦即這些障礙類別需是重度以上的障別？

羅代表界山

不是！

主席

不是嘛，那括弧內文字不需修訂。

龐組長一鳴

如果不改文字，請問操作型定義為何？

羅代表界山

文字上新增第 4、5、6 類者，但重點不是要重度以上。

林專門委員淑範

所以，括弧內內文字加入 4、5、6 類，只視覺障礙是重度以上，其他不是重度以上，我要澄清這一點。

龐組長一鳴

這樣 ESRD 洗腎者，最多有 5 萬人都有身障手冊，都會納進來喔。

羅代表界山

這是重要器官失去功能者，洗腎可以拿到重大傷病卡，但不一定會拿到身心障礙手冊。

龐組長一鳴

洗腎就是腎臟功能喪失，為何不會拿到身障手冊？

林專門委員淑範

幫助大家回憶一下，記得上次討論本項，有提到輕度或中度重要器官失去功能者不須納入，最後決議有共識的是將重度以上重要器官失去功能者納入。

羅代表界山

洗腎是否為重要器官功能喪失，可否拿身心障礙手冊，會再去確認，如果擔心新增重要器官失去功能會使照護人數增加太多，今年就以重度以上者為對象。

主席

重要器官失去功能障別，身心障礙手冊有區分重度嗎？

羅代表界山

有區分輕、中、重度及極重度。

主席

洗腎病人就是腎臟沒有功能，才去洗腎，用人工的方式。

羅代表界山

我不是醫師，無法講得很清楚，但洗腎不一定腎臟完全沒有功能，而是一定的功能喪失，才去洗腎，因為要打抗凝血劑，治療就有些風險。

主席

好！總之這些潛在的病人數是不少，大家有無意見，沒有意見，文字就照修正。

羅代表界山

第 55 頁括弧內每年再進修課程不得重複後，增列到宅醫療之醫師須修習相關學分之規定。

主席

好！大家有無意見，沒有意見，文字就照修正。再來！

羅代表界山

第 56 頁 B 括弧內同樣增列到宅醫療之醫師須修習相關學分規定。

主席

好！照修正。再來！

羅代表界山

第 58 頁到宅牙醫療身心障礙患者的條件，先決條件是計畫所訂身障對象，再加清醒時 50% 以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所治療的條件，如再加貴署建議比照醫科且須罹患慢性病需長期護理的條件，就是 ABC 所有條件都符合才可以，這樣到宅醫療人數會剩下很少，建議依本會的建議修訂。

谷科長祖棟

C 條件與牙醫可能較無關聯，可以不要，但 A 和 B 條件還是須同時符合。

羅代表界山

這我同意。

主席

如果同意，C 項條件就刪除，維持 A 和 B 兩個條件，大家有沒有意見，沒有意見，就照科長意見通過。

羅代表界山

第 59 頁倒數第五行，括弧內原文字「含訪視與提供醫療費用」部分，建議在訪視前增加「個案」二字，改成「含個案訪視與提供醫療費用」。

主席

OK，「與」是「且」的意思，是否訪視時，就同時要提供醫療服務？

羅代表界山

訪視不能提供醫療服務，是先評估個案治療安全性及口腔醫療需求，所以，依

主席的意思，原文字請把「與」改為逗號，但是我們還是希望醫療服務是在醫療安全確定後再提供。

主席

所以，只是制定治療計畫，提供醫療服務確實是不會發生，那就拿掉，另外含個案訪視的含字，也無需要。

龐組長一鳴

那是計畫，是要訪視後才能擬訂。

主席

那就是含個案訪視了。好！本項請將「與提供醫療服務」文字刪除。

羅代表界山

第 61 頁希望提高到宅醫療誘因，醫師合理範圍內提供一次到位的服務，按 3 個小時一個時段，論次支給 5700 點，貴署認為太多，還是建議維持論量加論次支付方式。但個人算過，不含交通費，從設置儀器，提供治療，結束後拆掉儀器，約需 2 小時(以 1900*2 計算)，再加上執行醫療的費用約需 5700 點。

主席

這個不就是特定需求者到宅醫療服務？請問這裡面為何還要區分 A 和 B？

羅代表界山

到宅是到病人家裡，特定需求是到機構，機構病人比較集中，採論次加論量尚很合理，到宅服務對象人數有限，每次服務 1 位，從設置器材，安裝監視器，確實很耗時間，故建議改為論次支給費用，特定需求者支給方式，則仍維持論次加論量給付方式。

主席

這樣 A 和 B 支給方式，大家有沒有意見，醫管組對於到宅醫療每人次支給 5700 點，可以接受嗎？

谷科長祖棟

依統計結果，到宅醫療論量部分平均每人次支給 2690 點，論次 1 小時支給 1900 點，因此 1 個小時合計支給 4590 點。

主席

所以費用是差不多，是同意的啦，可直接按論次支給費用，但是不應該再向民眾收取自費喔。哪裡有不能收取自費的說明？

羅代表界山

在倒數第 6 行括弧內有說明，內含護理費，口腔預防保健，且不得收取交通費及其它自費項目。

龐組長一鳴

交通費為健保不給付費用，如果明顯註明不得收取交通費，會顯示成本包含了交通費，這項好意，恐會侵犯到健保法的規定，建請文字修改。

吳代表玉琴

但是這邊講的是不得再向民眾收費，也就是不得再向民眾收取其他費用。

主席

那改為不得收取其他自費項目，刪除交通費及的文字，好嗎？好。另外 62 頁的 C 部分刪掉，這是有合理量的概念，刪除 C 就是不要合理量，醫管組有無意見？

谷科長祖棟

其他居家醫療都有訪視服務的上限，基本上我們覺得還是要保留有上限，至於上限人數可以討論，現行每日最多以 8 人為限，每一個案以 2 個月執行 1 次為限，我們同意將「2 個月執行 1 次為限」改為「2 個月執行 1 次為原則」。

主席

大家有沒有意見？

羅代表界山

個人同意維持原來的上限 8 人。另訪視費用序號請改為 D，並在支付標準編號之冒號後，增列「需經牙全會核定，並彙送保險人分區業務組同意後，方得執行」的文字。

主席

分區同仁可以嗎？目前人數很少，分到各分區一年不到一個病人，就先寫進去，如果將來太多，再檢討。

吳代表玉琴

因為我們現在都希望簡化流程，突然新增此流程，是否為必要的？

羅代表界山

最好是這樣，這樣才能知道個案是否有訪視的需要。

主席

委員，現在居家醫療確實都要個案管理。

吳代表玉琴

請問沒有規範嗎？為何要在此註明？

主席

因為計畫沒有寫到，另外目前西醫居家也希望建立個訪，好，會後，請酌修文字。再來！

羅代表界山

第 68 頁括弧 3 附件 21 修正為 20，第 71 頁倒數第 2 行附件 20 改為 19，第 73 頁第 2 行附件 21 改為 20 且同頁 C 括弧 1 的附件 19 請改為 18。

主席

請醫管組再予確認後修正，再來！

羅代表界山

第 74 頁修訂到宅修習課程，第 82 頁計畫原適用代碼增加 07，再第 90 頁左上角增加附件 8，其他沒有問題了。

主席

好，牙醫特殊醫療服務計畫就算通通討論通過了。明年的修訂重點大概是在新增重器障病人及提高到宅醫療誘因，其他是做小幅的修訂，期待我們的服務能夠更好！預算應該能支應，並在可控制的範圍吧！

羅代表界山

我們會努力控制。

主席

好，謝謝，本案通過，請再回到第一案。

第一案 修訂「105 年度品質保證保留款方案」

主席

從第 3 頁開始，請問誰來說明？

連代表新傑

年度方面修正都 OK，請直接跳到第 7 頁說明。

主席

第 3 頁有健保署意見，請醫管組說明一下。

甯視察素珠

品保款核發資格規定「牙醫門診特約醫療院所之 105 年 1 月至 105 年 12 月醫

療費用已辦理第一次暫付者」部分，曾有反映是否當年有 1 個月醫療費用已辦理第一次暫付就可以，故建議修訂為當年每月醫療費用均已辦理第一次暫付者，以減少誤會。

主席

好！文字照醫管組意見修正。另外其他意見，請說明。

甯視察素珠

第 2 項是序號的修訂，第 3 項符合加強感染管制之牙科門診診察費名稱，因後面支付標準增修訂提案有修訂意見，所以，本項支付標準如有異動，就併同修正。

主席

本項最後討論支付標準增修訂提案時，如果有變動名稱，請醫管組記錄下來，要併同修訂。再來！

甯視察素珠

第 5 頁本署意見是陸、預算分配與支用第二項由牙醫全聯會及國民健康署提供資料引用的序號有誤，故予以修正並加說明，修訂後結果請詳原內容下健保署建議二修訂之文字。

主席

好！本項照修正。再來第 7 頁。

甯視察素珠

有關全口牙結石清除指標 3 比較基準層級別年度多年均為 99 年，建議調整為 103 年或請敘明未調整之原因。

連代表新傑

建議維持為 99 年，因為評核會報告時我們曾建議全口牙結石半年內重複率在 5~6%是合理的，那剛好是 99 年的數據。

主席

都是跟 99 年比，馬上就 105 年了。

連代表新傑

因為 99 年是 RAW DATA，以後因有分區醫管措施強制的干預而下降，可能會抑制牙結石清除就醫習慣，不見得是好事，所以建議維持 99 年度的基準。

翁代表德育

補充一下，當初指標設定為跨院所牙結石清除重複率，但當病人去作牙結石清除時，自己不知道是否超過半年，而且到院所，病人要求，醫師還是要提供服務，

後手醫院很難知道病人已經作過牙結石清除；第 2 跨院所牙結石重複比率高不一定能歸責後方院所。基本上分區去進行高重複率的異常管理是合理的，但是如果品質指標以愈來愈低比率值為基準，對院所或病人不很合理，許多分區已把本項列為醫管指標，故全國指標值一直下降，已到失真的地步，故討論後認為 99 年是最小標準，建議維持為 99 年比較基準。

主席

好，醫管有無意見？沒有意見，就同意。再來！

連代表新傑

後面健保署有關年度修改意見，只是把 105 年改為當年，我們都同意。

主席

好，還有意見嗎？

黃代表福傳或陳代表建治

第 9 頁結算基礎比率加計應為 30%，不是 20%。

張專門委員溫溫

因為醫院和基層分別適用不同的指標，分別加計比率是 20%。

主席

有沒有意見？沒有，本項通過

連代表新傑

另外第三項口腔癌篩檢 104 年度請改為 105 年。

甯視察素珠

104 年係誤值，已建議改為當年，也就是 105 年。

主席

好，有沒有意見？沒有，本案通過。接下來第二案。

第二案 105 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式

主席

本案第二項應該是同意吧，各位代表有無意見？好，沒有意見，本案移撥「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」專用經費 1.8 億元及移撥「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」專用經費 0.8 億元通過。再來第三案。

第三案 修訂「105 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」

主席

我們從 15 頁開始，快速的確認一下，第一、二、三項照協商結果，大家應該無意見吧！第四項，請全聯會說明一下。

陳代表彥廷

署的意見，我們都無意見，只有退場機制，待會兒會作討論。

主席

所以第四項，本署意見是同意的。再來，第 20 頁牙醫師申請資格部分，有關受處分醫師不得申請違規期間的認定，照本署意見修訂，再來第 25 頁有關醫師資格審查作業，有無意見？

陳代表彥廷

這項我們提過幾次，只要醫師有異動，就需函報，執行服務因而中斷。健保署是基於管理，規定院所須重複申請，這項要看署行政配合如何？如有困難，就維持原規定。

林專門委員淑範

署是建議維持原報備方式，這樣規範是因醫師異動，須向地方衛生機關及本署報備，程序上要如此作，故請維持原報備方式。

陳代表彥廷

之前會前會有提希望類似轉診醫師資格報備方式，如果資格符合、場地符合就可以，不要經過太多行政程序，也就是病人合格，地點合格，民眾有需要，就可以了，不要因為支援地點改變，就要分別由原合格的地兩個地方來報備，政府好像不需要大的也管，小的也管，也就是署看得到，不要再經過這樣的程序。

主席

你的意思，是不是保險人這邊不用再報備？

龐組長一鳴

這個需大家一起來解套，理論上可用專科醫師註記方式，可是專科註記一次，一輩子都不用動，但是牙顆許多計畫每年都在動，故本署設定穩定系統維護資料，但成本提高，應由行政科協助，設想一下，可否維護資格後用久一點，維護系統才夠成本啊。

陳代表彥廷

我們多數的醫師是在一家院所駐診，僅有少數醫師在異動。

龐組長一鳴

即便醫師異動，這個異動其實不會很多，這是討論僅是概念問題，其實工作量應也不會很多啦。

連代表新傑

就是很多才會提今年已是第三年，請本會業務小組報告每個月異動案件大概多少件？

牙全會 000

現在如果醫師執業執照變更方面，所有支援的院所，都要申請變更才能延續資格。

龐組長一鳴

衛生局都有這樣規定，是牙全會異動作業太多，牙全會主導全國衛生局工作，1個人作20個人工作，當然工作量多。現在醫師異動，除向衛生局報一次，為本案還要向全聯會報一次，其實醫師開始執業的時候，只要到地方公會、衛生局及健保署要作一次就好，現在健保署和大多數衛生局已經連線，不太需要報健保。可是為本案，全聯會還要作一次，1個人作全部衛生局的工作，工作量當然很多。

陳代表彥廷

所以癥結是因為健保署要求。

龐組長一鳴

那樣大家都不需要審查，審查權是誰？健保署也不需要審啊！

陳代表彥廷

原來資格報備是我們做的，像登記執業一樣，但是之後無需再管，異動都會連動，那一部分的行政作業建議簡化。

龐組長一鳴

支付標準科要和行政科研議檢討，只要管病人是否接受適當品質，不要管太多異動報備作業。

林專門委員淑範

本項如果取消，要確定保險對象是收到符合資格醫師提供的服務，這樣明年醫師檔要註記符合本計畫的註記，之後費用端要去勾稽醫師檔註記是對的，這個就可以取消。

龐組長一鳴

醫師檔可加註記，問題不大，但加註後，是否會時常變動，如果常變動，就會增加成本，像專科註記 1 次，就可以用 6 年，請問大家，牙周病服務資格一次註記後，可以用幾年？

連代表新傑

應該在違約記點等違規情形及退場時才会有變更。

主席

所以，現在淑範專委是打算用事後勾稽，來取代事前的報備。

龐組長一鳴

是勾稽程式的問題，勾稽程式原來是放在支付相關系統進行，現在是改勾稽醫事人員系統。

主席

技術上是否可行？是可取代的嗎？如果技術可行，可以取代，就不需許多報備程序。

林專門委員淑範

現在有 3000 位牙醫師提供本項服務，明年要作變動，需要很多工作時間，而且以後每年退場醫師也要再作一次。

龐組長一鳴

先這樣規定，但 11 月提案，明年 1 月就施行，電腦來不及改，資訊作業有困難，建議可設定明年 6 月俟資訊作業完成修改後，才開始改變報備作業方式。

主席

文字先不要修正，附帶決議朝那個方向準備，程式修改部分如果完成後，再修訂計畫後即刻生效，原則上希望 6 月底能夠完成程式的修改，就是設定目標，努力看看，現在暫照原方法繼續進行。好，本案各位代表還有沒有其他意見？

龐組長一鳴

第 26 頁提到全民健保不給付項目，過去長期未注意，因全民健保不給付法律位階很高，沒有辦法透過這種規定來定義。而且牙周抗生素凝膠是否為處方藥？有沒有許可證？是藥品或材料？如果是處方藥，沒有核價是健保的問題。

主席

這裡與醫療有關的不僅是抗生素，只有第 2 項美容不是，其他第 1 及第 3、4 項都是醫療行為有類似情形。2 代健保希望給付能正面和負面表列，但負面表列，在西醫藥品須經過是否收載評估，不被收載時，才可收自費，請醫審及藥材組說明。

曾科長玫富

本組藥品特材業務單位目前正在 18 樓開共擬會議，個人覺得如果決議將牙周抗生素及消炎凝膠、骨粉在藥品或特材列項，建議牙全會可與本署業務單位連繫，將該類藥品申請列項處理，我們就會進行列項處理作業。

主席

所以，第 11 項的程序要走完，看看結果怎樣，就照龐組長意見，先暫保留，俟釐清後，再確定文字如何修正。

陳代表彥廷

這樣計畫年底就不能完成修正。我建議如果有變動，再做變動，因為另外一個變動也是要到五月才能用，那有變動，再變動就好，因為這是延續上一年的計畫。

主席

本項請玫富科長請那位先來確認一下，好不好?這一項現在稍微保留一下，先進行下面一項，來李代表。

李代表明憲

這一項跟大家報告一下，我本來也要在 18 樓開共同擬訂會議，這個醫材在裡面是沒有列入，因為牙周抗生素凝膠是屬於自費，像口內膠也是要用處方簽去弄，現在是醫生在執行當中就直接用抗生素凝膠，在醫師的合法之內，去敏感治療自費應是跟雷射有關的敏感治療，如果一般服藥以 92001C 可以申報，就不能再額外收費，這一方面我們認為以前規定在這邊，如果以後要提到共同擬定會議討論的話，我們會再繼續討論。

主席

好，沒關係，等一下請業務單位過來確認，本案其他先通過，這項暫保留。好，第四案。

第四案 有關 103 年牙周病統合照護計畫退場機制計算方式

主席

好，本案是同意由醫師別改成診所別，所以退場醫師從 88 人降到 41 人，那另外如果有停歇業或停約個案，大家有沒有意見?來請

陳代表彥廷

我們有會員反應，他 103 年度完成率的確小於 33%，但是 104 年度如果已經超過均值。問題是開始讓他停的時候，假設是 105 年，可是 104 年事實上他也做得很好，那這樣的個案，就會變成目前沒有被照顧到，這是第一個。第二個，因為

現行的辦法規定不能跨越院所執行，所以院所歇業或停約，原來的醫師還有意願把它完成，可是不能，即便完成也不會申報，這是第六項有說是由分區業務組來認定，不過，他的確造成部分的醫師反應，我也把它完成，但無法申報地問題，以上。

主席

好，這個統計是用 103 年來認定 105 年的，中間有 104 年的問題，可是 104 年要什麼時候，才知道全年數據？你剛剛形容 104 年做得很好，那也要到次年 7、8 月才能計算第三階段的完成率啊，這是第一個問題。

陳代表彥廷

署這邊計算時，會有那個時程，不可能一完成就可以，但是院所自己可以算得出來，是不是院所可以用申復的方式或某個行政方式，能夠尋求補救這部分？

主席

這個建議，醫管組看法怎樣？院所的舉證，我們有沒有辦法 double check？

陳代表彥廷

是可以 double check，因為申報 12 月就已經完成了，所以都知道。

主席

那為什麼我們要到七八月才算得出來？

林專門委員淑範

說明一下，我覺得剛才那個方法可能有問題，請回到原來第 20 頁，方便我解釋為什麼會拉一段時間，在第 20 頁括弧 4 中間的內容，是規範醫師 104 年排除個案數 5 件以下者，要到 105 年 8 月依病患歸戶統計，再去計算結果，為什麼要到 105 年 8 月？理論上我們在 1 月申報完都可以做，為什麼要到 8 月？因為要看第三階段的完成情形，所以那是考慮 11 月、12 月收案的個案，沒有辦法在 1、2 月就完成，才有半年的時間，甚至到 6 月的時候，8 月資料才進來，所以才會到 8 月才去統計完成率，所以剛才提到可以自行統計的時間也跟我們一樣，我們沒有落後，還有陳醫師提到，如果 103 年低於平均 33%，104 年似乎有達到，那可不可以繼續做？我覺得是要回到原來方案的規定，這是我的意見。

主席

好，所以第一個問題，顯然不是大家沒有去做，是要看到結果就要等那麼久，因為 11、12 月收案個案，結果是到 6 個月後才能完成結束，那第二個問題是停歇業或停業的因素，這個部分你們建議怎麼？我們希望個案認定，你們有沒有什麼好的建議？

陳代表彥廷

希望個案認定能夠把這類醫師在其他院所完成的個案納入計算。

主席

原醫師因為停約或歇業換了另外一個診所，它的個案可不可以繼續？可是，這個病人會跟到他那裏去嗎？

陳代表彥廷

有些會拉！

主席

好，這一部分醫管組的建議是怎樣？這有一點麻煩。

林專門委員淑範

我認為這個有點問題，因為還是要回到剛第 20 頁，醫師的申請資格，因為醫師服務的院所被停業或歇業，我們不曉得是院所還是醫師的問題？可是在第 20 頁裡面，有講到牙醫師的申請資格，其中一條是醫師三年內不得有以下的違規事件，當然我們不曉得那是因為醫師個人的因素讓診所歇業，還是什麼？

陳代表彥廷

因為如果是診所歇業，依管理規定，本來就它到哪都不能報，現在講的是診所真的就關門，不管任何原因，但這個醫師沒有辦法，在原來的診所提供醫療服務，可是有在其他地方看診的時候，因為我們有些醫師的確同時看幾個診所，他就沒辦法辯解，繼續把它完成。

主席

這個暫時沒有一個非常好的處理方式之前，先個案認定，好不好？那這個就錄案，醫管組再想一想，有沒有方法在資訊系統上面可以去處理。今天先暫時維持照醫管組的建議，由分區業務組認定。好，本案各位代表還有沒有其他意見？沒有，第四案就通過。再來，第五案。

第五案 修訂「105 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」

主席

有爭議的部分，請提出來，第 129 頁應該沒有問題，這個反黑的字有沒有問題？好，沒有問題。

張科長美玲

報告主席，這一次有關那個執業計畫跟巡迴計畫，如果有相同的流程，文字部份就修正併在一起，這個反黑文字是從後面，就是原本內容移過來。

主席

所以，沒有影響。那第 129 頁大家有沒有意見？沒有意見就通過。再來第 130 頁。

張科長美玲

這個實行地區，我們在西中牙都區分三級，牙醫部分原來有四級，第一級是將原來一級的平地鄉醫療資源不足地區，跟二級的偏遠平地鄉合併成為第一級。執業計畫原來的第一級的保證額度是一個月 19 萬點，巡迴不支付費用，一、二級合併後，第一級一律提高保障一個月 22 萬點，巡迴支付一小時 1500 點；第二級是原來的第三級山地離島地區的醫療資源不足地區，第三級是原來第四級特殊困難地區，就是必須包船，或山地離島的特殊交通困難的地區，這個改變後的第二級及第三級，執業保障的點數跟巡迴論次的點數，是比照原來第三級第四級的點數，沒有改變，

龐組長一鳴(代理主席)

好，接下來！

張科長美玲

接下來有關執業計畫地區部分，全聯會這邊建議新增雲林縣東勢鄉，我們這邊是因執業計畫修訂後，明定以無牙醫鄉為優先，依 11 月現行牙醫師執業資料統計，我們刪除了 9 個地區，另外納入彰化縣福堂鄉跟南投縣的仁愛鄉；有關巡迴計畫，全聯會建議增加雲林縣莿桐鄉的六合村，所以現在新增 3 個地區，刪除 9 個地區。

龐組長一鳴(代理主席)

好，對地區部分的修改，有沒有意見？

徐代表邦賢

不好意思，根據我的資料，嘉義縣的東石鄉，現在牙醫師數是 0，所以，資料上是不是能夠再 double check 一下，謝謝。

張科長美玲

好，那個部份我們會 check 一下。

龐組長一鳴(代理主席)

不是 check 一下，這個要訂個原則，就是說這個無牙醫鄉鎮認定的 deadline 是什麼時候？一直開會不決定的話，就要一直會有新的出來。

施代表皇仰

不好意思，我是東區代表，想要提個意見，我們台東縣的海端鄉跟長濱鄉，衛生所有牙醫師，所以這一次會被排除嗎？但我想替他們請益一下，如果說可以，最好這兩個鄉鎮能繼續執行，因為在台東縣的幅員很長，隔代教養很嚴重，要靠

一個衛生所的醫師，在那裏看診，讓它照顧到偏遠的小學生，我認為如果去做巡迴醫療是不可能，而且行之有年的做，已經有績效出來，其實你看資料，主要去看的不是衛生所的醫師，你這樣把這個計畫取消，對小孩是不好的。

龐組長一鳴(代理主席)

那個我同意，海端鄉整個有 5、60 公里，地區有落差一、兩千公尺情形，我們建議全聯會，仿照荊桐鄉那個寫法，括弧那些區或那些村，註明清楚，好不好？這樣當地衛生所醫師，看了也比較沒意見，然後事情也能夠解決，就是用註記，因為荊桐鄉不是也有括弧什麼地方，這樣去改，好不好？剛剛徐醫師講的日期，是你最近知道？對不對？

徐代表邦賢

我更正一下，東石鄉本來就在公告裡面。

龐組長一鳴(代理主席)

所以，沒有關係嗎？

徐代表邦賢

沒有關係。

龐組長一鳴(代理主席)

以後我們就記得訂一個期間，譬如說 11 月底或開會之前，這一次就按照這樣，海端鄉的部分，就麻煩公會再補充一下資料，併會議記錄一起給我們。

吳代表玉琴

剛剛那個無牙醫鄉的認定，是到年底才去確認？還是說事實發生的時候，我們就要去認定，不是年終拉，我的意思是說醫師也許在某一個月就離開了，那你說要等他半年或九個月之後，再跟他說他是無醫鄉，這樣很怪耶！如果有人確認這個地方就是沒有牙醫了，是不是就要進入計畫？我不知道，不然這樣，那個鄉還是很可憐。

張科長美玲

報告組長，我們是以無牙醫鄉為優先，如果有特殊情況的話，還是可以。

龐組長一鳴(代理主席)

委員的意思是萬一 3 月的時候變成無牙醫鄉，大家要等到明年，他苦苦等候，如果是醫院，那更慘。

吳代表玉琴

我的意思是，事實發生有一個通報的機制，之後你們就可以採用了。

龐組長一鳴(代理主席)

那加一條 4 但書，年度當中發生醫療資源異動，有特殊需要者，可提我們這個會議討論，好不好？就是加一條有彈性的條款。

吳代表玉琴

對不起，我還有一部分想請教，剛剛其實海端鄉提出這個問題，我覺得很好，就是現在如果說有一些所謂我們的衛生所牙醫的執行業務，所以我們把它取消了，那衝擊怎麼辦？如果原來有的，現在我們把它取消，會不會有影響？重點是我們原來那些地區有一些特殊資源，因為衛生所有牙醫，就取消了，可是它幅員太大了，大同鄉也有前山後山喔，當地衛生所的牙醫要照顧這麼廣大地區，那我們取消了，我們資源沒有挹注的時候，會不會產生那邊的牙醫，就做不下去了？所以，這個部分要不要再審慎評估一下，好幾個鄉都是原住民區，

林代表敬修

報告主席，我們以前無牙醫鄉的定義，有排除衛生所，因為衛生所除了像剛剛委員講的部分，它還要做一些預防保健的推行，不完全是在做牙醫服務，無牙醫鄉的認定，應該要排除衛生所。

龐組長一鳴(代理主席)

好，所以現在這一段改不改？就是我們現在有刪除很多地區耶。

張科長美玲

不過，剛剛有加了但書，應該還好。

龐組長一鳴(代理主席)

刪除幹什麼？現在是列的地區醫師都不一定去，我們刪除的鄉鎮地區有反映對他們很不照顧，刪除這裡幹嘛！

張科長美玲

如果保留衛生所的話，變成刪除 4 個地區。

龐組長一鳴(代理主席)

哪 4 個？

張科長美玲

刪除宜蘭大同、南澳，台東的海端和長濱。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，等於是這些地區不刪除了，對不對？那備註刪除地區的這些地區我們劃掉。

張科長美玲

還有連江北竿及東引、台東海端及長濱

龐組長一鳴(代理主席)

劃掉後只剩下新北坪林、新竹北埔和台東大武。

連代表新傑

大武不是巡迴醫療地區，高雄有跨區支援，但那邊醫療資源不足耶！北埔我覺得沒差。

龐組長一鳴(代理主席)

所以，大武也要劃掉嗎？

施代表皇仰

我是東區代表，有關大武還是由我來解釋一下。

龐組長一鳴(代理主席)

你來決定好了。

施代表皇仰

因為台東縣大武鄉有醫師去開業，感覺上戰力滿不錯，然後又有醫療站在那邊設點，所以我認為大武可暫時觀察，先去沒關係，然後比較偏遠的，如果這個計畫撤了，醫療站就關了。那就不能撤，我以為是醫療站這邊執業沒關係。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，這是執業，不一樣。

施代表皇仰

不一樣喔，我的意思是說，我們公會會觀察大武，有些偏遠的地區像小學，再個別提出需求。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，這個案子的精神，是這些鄉，譬如說像宜蘭大同、南澳、連江北竿等都有，我們還是持續鼓勵醫師去開業，所以我們刪除的就是坪林、北埔、大武，因為大武已經有醫師去執業。

張科長美玲

報告主席，第131頁是整併執業和巡迴，是把後面的拿過來，因為沒有更動，可以嗎？

龐組長一鳴(代理主席)

好，但要記得加(四) 彈性條款，有特殊需要地區，可提會討論喔！

張科長美玲

好好

龐組長一鳴(代理主席)

大家同意喔！其實去年我們改了那個瑞穗地區嘛！好，下一段。

張科長美玲

第 134 頁是執業計畫支援的一個規定，原來特殊情況只有請產假，這一次也加了領有重大傷病證明的負責醫師。

龐組長一鳴(代理主席)

這是我們加的，還是公會加的？

醫管組 李佩純

我們加的，因為現在目前實際上，有這樣的狀況。

龐組長一鳴(代理主席)

是什麼情形？要把事情弄那麼複雜嗎？

醫管組 李佩純

這是南區的執業醫師，因為重大傷病可能須做化療，有很長的時間，沒有辦法開業，所以，我們有增列相關的條款。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，這條款感覺起來生病很嚴重，我們還強迫人家做事情。

醫管組 李佩純

增加的條款，就是要讓生病的醫師去休息，然後不用擔心這一塊的部分。

龐組長一鳴(代理主席)

他休不休息，現在怎麼樣？我不知道，他們加了這個，沒跟我講。

陳代表彥廷

他如果是暫時性的，避免計畫中斷，對那就 OK，可是如果是非常長時間，就會阻斷下位醫師進去的機會，不過我們看情況，因為他是請假，表示是一段時間內，不會很長，因為產婦也是這樣。

龐組長一鳴(代理主席)

產婦很清楚，孕期就很清楚，就是可能第 3 個孕期才開始，對不對？有時候，第 1 個第 2 個都還繼續工作，第 3 期才有需要，文字看一下，是那一段註幾啊？

張科長美玲

是 134 頁的註 1，若因特殊情況需支援醫師代理負責醫師時，需要依相關規定，向衛生署主管機關報備並向牙全會提出申請，函請分區業務組核定。

龐組長一鳴(代理主席)

所以，重點是請假期間，可以找人代理，對不對？

張科長美玲

對。

龐組長一鳴(代理主席)

所以，是為了服務不中斷嘛！那醫師出國進修呢？沒有，好像很沒有人性。

陳代表彥廷

沒有，兩個禮拜 OK。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，你的精神在於服務不中斷嘛，服務不中斷可以找人來代理，現在是只有生產和得了重大傷病，才可以請假，連出國也不行，嫁女兒也不行！

陳代表彥廷

就是說幾天內，就是正常請假，應該有規定嘛，長時間的請假才須特別考量。

龐組長一鳴(代理主席)

好，大家同意就列了，只是覺得好像怪怪的而已。

林代表敬修

報告一下喔，這個是支援規定，我們以前是醫師有生產，需要人家支援，如果只請假幾天出國，就有請假辦法，會照我們工作日數來扣保障，所以這個部份，我覺得可以，另外，是整個文句要請大家確認一下，他本來主要是針對為請產假，現在加領有重大傷病證明之負責醫師，但後面又加一個其產假期間，好像有領重大傷病又產假才行。

龐組長一鳴(代理主席)

是請假期間，把那個「產」字刪除。

張科長美玲

後面有一個「及請病假期間」。

龐組長一鳴(代理主席)

整個都改成請假期間，就好了拉，這樣比較簡單！

林代表敬修

就是可以請支援醫師來這邊支援。

龐組長一鳴(代理主席)

反正就是這兩類的人可以請假，請支援醫師，改成「請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理」這樣，好不好？不然，公務員請假規則，產假也很嚴耶！另外公務員也有安胎假，所以我說中間那個比照公務員請假規則文字就不要了。好，下一段。

張科長美玲

137 頁最左邊有一個反黑的地方是巡迴醫療，比照執業計畫，增加「並以預防保健為輔」文字。

龐組長一鳴(代理主席)

這樣可以嗎？口腔檢查不就是預防保健了嗎？這一段文字是我們要加的，還是公會要加的？公會加的，可以嗎？有什麼特別意義沒有？

林代表敬修

有一些醫師去巡迴的地方，都做國健署的窩溝封填，沒有做一般醫療，我們是希望健保的醫療還是要維持一定的水準，如果病患有需要做一些窩溝封填，可順便做，所以，才會增加那些文字。

龐組長一鳴(代理主席)

這樣改，沒關係，好下一個。

張科長美玲

138 頁是執業計畫巡迴時段，如果有變更或增減這個巡迴地點牙醫師的名單，原來是前一個月 25 日，我們改為每月 5 日，這是牙全會這邊建議的，然後下面是每月的診療時段、地點服務醫師經由醫療團於前一個月的月底改為 20 日，這也是牙全會建議，希望訂定統一的繳交日期。

龐組長一鳴(代理主席)

這可以嗎？

黃代表福傳

針對 138 頁的巡迴醫療服務時段、地點及醫師名單的括弧 2，如果有變更或增減巡迴地點及牙醫師名單，是不是把那個牙醫師提到前面，改成如果有變更增減牙醫師名單或巡迴地點；另應於每月的 5 日前函報規定，因一個月有 30 天，有時候在當月的後 20 日有增減，是不是把個「每月」改成「該診次」的 5 日前，又書面函是用診所，還是用醫療團的名義來函報牙醫師全聯會？

林代表敬修

黃召集人，為方便行政作業，我們還是訂每月 5 日前，如果每一診次都要在去之前 5 日的話，行政作業會很複雜，就會一直在收一直在收，所以建議，還是維持每月 5 日之前。

黃代表福傳

另括弧 3 文字是不是改一下，請以人、時、地點來順序來改，就每月的服務醫師、診療時段，還有地點，由醫療團名義，其他的就不用改了，

龐組長一鳴(代理主席)

好啦，把醫師放前面。

黃代表福傳

139 頁的註，因 4 級地區剛剛已經改成 3 級，註第四級也是改成三級。

龐組長一鳴(代理主席)

好，謝謝！

黃代表福傳

然後括弧 4，括弧 4 的地方，那是把它新增第三行，新增巡迴診療時段並於事前完成書面所需，新增後取消並於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄分區業務組備查，那是不是可以把它改一下，就是說新增巡迴或取消診療時段，並於次月 15 日前，就是新增或取消都是再次月 15 日前送牙醫全聯會，因為我們剛剛那個龐組長，主席他有提到就是說只要衛生局通過以後，其他備查的部分就比較沒有那麼時間，那醫務

龐組長一鳴(代理主席)

現在就是要這樣子取消事後報備，那你改成事前取消，要報准喔！

黃代表福傳

都事後。

龐組長一鳴(代理主席)

都是事後阿？新增也可以事後，是不是？來講一下

高屏業務組 施專員怡如

不好意思，高屏業務組補充一下好了，因為這是我們高屏業務組與黃召集人所做的一個討論，主要是之前異動期限訂定得比較嚴謹，但因公會在作業上需一些作業時程，所以常有無法依規定配合的情形，造成業務單位很大困擾。有關第 4 點巡迴時段的異動，因我們高屏的澎湖常有船班突然取消的情形，必需臨時去做

一個巡迴時段的異動，往往這類的異動是沒有辦法在前一個月就完成，所以我們才會建議分會是不是要修正為次月 15 日前完成報備就 OK。

龐組長一鳴(代理主席)

會不會更簡單，加個如例外，就好啦！如果只是澎湖，何必要去為了一個澎湖改變全台灣呢？

高屏業務組 施專員怡如

實際上這個異動的報備，和一般的支援報備是一樣的，異動時都會先向衛生主管機關做一個報備，所以事實上是已經跟衛生主管機關那邊做過報備了，只是整個報備的程序還要再經過牙全會，然後再透過公會，最後才過來分區業務組這邊做一個備查，所以至分區業務組完成備查時，公會在處理的一個作業上是需要一定時程的，若因此致報備逾期時，分區業務組在做核備時，實際上是會有點困擾的。

龐組長一鳴(代理主席)

請講該如何改，就好了。

高屏業務組 施專員怡如

這一次牙全會有修正取消巡迴時段時，應該在次月 15 日前送牙全會，可是在新增巡迴時段的部分仍然應該在事前，所以我們是希望可不可以把新增和取消全部都統一為次月 15 日前。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，那你的意思，都是事後嘛，因為事前同意，跟事後同意是完全不一樣的概念，我們要確認的是完全不一樣的概念，所以那要維持，新增事前、取消事後，這是現在的制度，再講一次，現在的制度是新增事前同意，事前報備，取消給事後報備，那你們的意見是希望事前新增或是取消都是事後報備，這是完全不一樣的概念。

高屏業務組 施專員怡如

不好意思，再補充一下，我這裡講的報備只是說到分區業務組這邊來備查，但其實它的報備已經事前跟衛生主管機關報備過了，只是衛生主管機關報備過以後，才經過全聯會再過來我們這邊備查。

龐組長一鳴(代理主席)

我們現在問題是說全聯會這邊對於這個報備的，只是做資料註記還是做准駁處分？如果是資料註記，那只是時間點的問題，有時慢一點，沒那麼即時性，沒那麼重要，可是如果是准駁處分，當然是要事前同意，所以現在這個業務實際是全聯會在做的，所以你們對這個新增是准駁？還是只是資料收載而已？如果只是資料收

載而已當然可以給它，對不對?我的意思是你們現在作業的原則是什麼嗎?

陳代表彥廷

我們現在應該比較接近登記。

龐組長一鳴(代理主席)

所以是資料登記，只要登記的話，事後再補，就 ok。

黃代表福傳

其實最重要的就是說你要註記的時候，要到其他地方看診，一定要先跟衛生局報備，這一定要事先申請。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，衛生局那個我們了解。

黃代表福傳

然後後續的問題，那就是像那個醫療法部分它就由醫療團來跟那個全聯會還有健保局報備，那這樣的話他們在作業比較容易處理。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，所謂容易處理，現在麻煩的就是所謂的處理，這一段，我再講一便，處理這一段，我們只是收載資料，還是有同意與否的處理問題?

高屏業務組 施專員怡如

不好意思，再補充一下，據了解，其實巡迴點和巡迴時段，實際上在年初時全聯會那邊就已經排定了，只是依年初的排定，到實際執行時，如果有異動，他們必須要來向我們做個備查，而其實這個點本來就是他們排定核備的，只是不同時段，我們做個異動備查而已。

龐組長一鳴(代理主席)

對啊，我再強調一次，以我個人的經驗，譬如說這一段西醫巡迴跟牙醫巡迴差非常多，中西醫巡迴公會中間都沒有干涉行政作業，所以這些異動的程序都對健保署用報備在處理，颱風來了臨時換，就是都本署在處理，可是這一項因為是牙醫這邊的都要公會，全部都要積極的參與，跟西醫是完全不一樣的，西醫是公會沒有這樣參與後面的動作，行政程序都是健保署在處理，那牙醫這個部分是公會積極參與，所以公會在立場上是准駁處分還是只是資料登載?我再講一次，如果是准駁，可能有事前同意的問題，如果是資料登載，就比較沒有這個問題，我只是要確認清楚這個關係而已。

陳代表彥廷

應該是資料的登載。

龐組長一鳴(代理主席)

那就照這個黃醫師的意見改，沒問題拉！這樣清楚，就好了，還有問題嗎？

醫管組 李佩純

不好意思，補充一下，因為巡迴醫療團有規定每位醫師每個月的那個巡迴次數，不可以超過 12 次為原則，然後如果最多 16 次，特殊情形可以到 16 次，但是這個是需要分區業務組核定通過的，所以如果說要新增診療時段，可能會增加次數這個部分，建議應該還是要先報備經過分區業務組同意才可以，那臨時取消的狀況，當然是可以事後報備。

龐組長一鳴(代理主席)

為何搞那麼複雜？人家跟你談定的事情，事後再勾稽整筆核扣就好啦，事後審查就好啦！為什麼都一定要事前審查呢？

黃代表福傳

如果是牙醫師他本身目前規定如果是 12 診，一個月都能報到 24 萬，改成 16 診的時候，也不能超過 24 萬，他如果超過 17 診或者到第 13 診的時候，那業務組把它刪掉就可以了。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，你們核檢的原則，是認定次數還是認定費用阿？都要嘛！所以，現在改成事後報備，他願意承擔費用全部被核刪，我無所謂，可用事後處理嘛，那有爭議呢？

黃代表福傳

對阿，如果診次有超過的話，業務組在這邊刪掉就可以了。

龐組長一鳴(代理主席)

高屏可以喔，好下一個。

張科長美玲

下一個是原來這些牙醫師跟醫療團申請，需要先透過牙全會評估以後，再送分區業務組，我們為了縮短核定的時效，縮短修正為一邊送牙醫全聯會，同時也一邊送分區業務組，就是等於是兩邊都送。

龐組長一鳴(代理主席)

這是我們要求修的嗎？我們為什麼要求修這個？

張科長美玲

我們本來就是要簡化行政的時效。

龐組長一鳴(代理主席)

這樣有簡化?萬一送兩邊東西不一樣呢?

張科長美玲

這樣喔?

龐組長一鳴(代理主席)

不是故意，也不是不小心的。

張科長美玲

可是最後是分區在核定，所以如果全聯會核定後，還是要分區核定。

龐組長一鳴(代理主席)

現在的流程不是全聯會核定的，送到分區都會核定嗎?你現在改成全部核定，兩邊要核定。

張科長美玲

沒有，就是全聯會核定了會送分區，分區檢視以後，再做最後核定。

龐組長一鳴(代理主席)

沒有，其實現在核定，我們分區都叫形式核定，不是實質核定，現在實質核定是全聯會，現在是要改成實質核定移到健保署?還是兩邊都要實質核定?

張科長美玲

分區是做資格的審查，可以先做。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，現在分區對全聯會審查幾乎所有都尊重。

張科長美玲

那看全聯會這邊，如果還是維持，就不修改。

龐組長一鳴(代理主席)

維持原來的可以嗎?好，下一段。

張科長美玲

請到 144 頁，這是全聯會覺得依照比率的一個原則，是指保障額度，管控成數的一個保障額度，我們看修正的地方，原來一級的時候是執業第二年起，服務量須達保障額度的 55%，未達的話，我們是給 20%，然後二級滿一年的話是 35、35，那三級的地方本來比較低，所以要提高到 40%，這是全聯會的建議。

龐組長一鳴(代理主席)

我們有意見嗎？

張科長美玲

沒有意見。

龐組長一鳴(代理主席)

沒有意見，就照這樣子，現在是討論有意見的內容。

張科長美玲

其實之前都討論過了，他們都沒有意見。

曾科長玫富

請大家回到會議資料第 26 頁，抗生素凝膠跟消炎凝膠，還有括弧 3 的骨粉都是有許可證的，目前抗生素凝膠跟消炎凝膠是沒有列健保給付品項，之前 11 月的時候，曾經函請牙全會跟藥商，可以申請列為健保給付品項，牙全會回函表示他們還沒有要列為健保給付品項。至於骨粉目前健保特材列項原則是，如果是支付標準治療處置項目內含的材料，比如說牙週治療處置這個支付標準，內含的材料是沒有列項的，如果是額外的項目，但是目前不給付的才會受理申請列為健保品項，目前括弧 1 跟括弧 3 這些都還未列為健保品項，都還不是健保給付的品項，而且都是有許可證的，所以目前這樣的規定，還算是 ok，以上說明。

龐組長一鳴(代理主席)

這是有問題的，不是還 ok 的，健保給不給付，不是我們的位階可以解釋的，不是 o 不 ok 的問題，我舉個例子，我們很多的皮瓣移植，很多整形外科可以做很好，這個是支付標準有列的，可是用在已經很健康的人，把她變的更美，這就是不給付，所以支付標準是有列項。可是給付和支付是不一樣的概念，抗生素凝膠現在是沒有納入給付的項目，並不表示說可以寫健保不給付，這是不一樣的概念。我比較有意見的文字，是全民健康保險不給付項目，你寫的這麼明確，就要按照健保法的程序，要走完備，如果你上面沒有列項，你要去健保會討論確定後，才能夠寫全民健保不給付，這樣子拉，趁這個機會，跟大家說明一下，傳統牙醫界看起來也有這個行為，就跟病人講這是全民健保不給付，這一定是有問題的，是不能這樣子。你講那個不是健保，頂多可以講健保支付標準裡面沒有那個項目，可是你講到不給付這三個字，是要去處理這個後面的問題，所以這一段內容，大原則其實我個人沒有什麼意見，但是對於這一段全民健康保險不給付項目文字，你們要去做適當的修改。

陳代表彥廷

所以那就是計畫治療過程中，未納入給付項目。

龐組長一鳴(代理主席)

我建議不要輕易去挑戰健保的給付制度，好不好？我建議本計畫治療過程中，下列項目，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由獲得同意後，方得提供，這樣就好。同意的範圍就很大了，不要去挑戰給付不給付的問題，就跟剛剛那個交通費用一項。

溫斯勇醫師

不好意思，這樣可能會給民眾一個誤解，就是說這個是內含不用收費，就是說可以這樣改，可是收費這兩個字是不是應該還是要出現。

龐組長一鳴(代理主席)

你怎麼改？

溫斯勇醫師

同意付費後使用。

龐組長一鳴(代理主席)

同意的概念其實非常多，同意不是只有錢的問題，同意的是還要包括對這個療程了解，對這個專業的認識，跟對醫師技術的信賴，大家當然常會有爭議是出現在收費問題上，那就像我們手術同意書的概念，其實不只同意是讓你開這個手術嘛！同意其實很多的事項，所以原來定的同意，是一個比較廣泛的定義，可是他有一個模糊性在那裏，那你有時候為了太明確的，反而讓你沒有迴轉空間，各有利弊。

吳代表玉琴

如果寫同意的話，我感覺好像是內含，不太像是自費。

龐組長一鳴(代理主席)

也可以啊，那改成獲得病人同意付費後，方得提供。不過明確寫自費，又要面臨另外問題的挑戰，自費項目也要走相關的流程，確定後，才可以收取自費。現在流程都沒有完備。

曾科長玫富

可否建議文字修正為全民健康保險未收載項目？

龐組長一鳴(代理主席)

不是，健保很多再生手術有收載，如美容整形外科手術，健保幾乎都有收載，牙周整形手術仍然有收載，不是為美容需要，如切顎面換骨，健保有付。

連代表新傑

那不是牙周組織再生，是整形外科的下顎重建。

吳代表玉琴

剛剛那段文字是不是改為獲得病人同意自費後，方得提供？

龐組長一鳴(代理主席)

可以啦，現在起碼未挑戰健保不給付規定，但是提醒大家，自費部分也有挑戰，現在自費規定有流程，第一個是報衛生局核准有收費標準，第二要來報健保相關的品項。

陳代表彥廷

現在自費項目都有收費標準，並且報衛生局核定。

龐組長一鳴(代理主席)

各衛生局核定都不一樣，爭議很多，所以自費要按照這個原則處理，如最近長庚醫院宣稱質子治療很有效，本署馬上發文，確定相關程序是否有作，如果沒作就有問題。現在凡是報載某個東西有效要自費，健保署就會發文，第一個有沒有跟衛生局列為收費項目，第二個有無向健保署申報支付標準所有表單需要填寫，因為這要確保付費者權益。從前長期的習慣，特別是牙科醫師，拿者單子說健保不給付。

溫斯勇醫師

超收費用或是衛生局未核定的項目收取自費，法令本來就有規範限制，這部分既然有衛生主管機關在管了，為什麼一定不能寫收取自費？

龐組長一鳴(代理主席)

我再說一次，健保不給付有健保不給付的流程，自費有自費的流程。

陳代表彥廷

還是改為獲得同意付費後，方得提供好了。

龐組長一鳴(代理主席)

好，就先這樣。但是既然是處方用藥，可以得話，建議還是列入健保品項，這是民眾權益的問題，除非他是科學證明沒有什麼療效，其實藥不是很貴，是工很貴，大家一起要承擔，工很貴可配合相關的支付標準，公會要去面臨這個問題，除非專業認定無效，或是效果很低，定義不清楚。

陳代表彥廷

其實現有有許多藥品是療效未明的，因為適應症是醫師的選擇。

龐組長一鳴(代理主席)

現在都要走這個程序，像達文西手術，現在還是在 HTA 階段，主要的理由，許

多國家已經很有效，但是健保還是沒有付原因，是學習曲線還不夠成熟，健保要付一個有效、安全和可靠的服務，有的東西有效，但是用得不熟，就沒效。好，這個案就這樣，下一案。

劉科長林義

另外這個案的第三項部份，請大家翻到臨時會議的議程資料裡面第 39 頁，醫缺的部份，另外還有一個醫療資源不足且點值低地區獎勵方案。我簡單說一下，預算跟年度的部份有做一些修正，我們跟牙醫全聯會意見比較不一致的地方是，第 40 頁的部份，牙醫全聯會在獎勵跟分配方式的第一個獎勵方式，提到符合本計畫公告之鄉鎮，可申報山地離島地區的診察費，然後要由這個計畫來支應這個差額 30 點。另外在分配方式部份，牙全會在第一點講到，這個預算是優先獎勵診察費差額 30 點，每一點支付金額最高補到 1 元；其次，獎勵點值也最高補到 1 元。我們要說明的是有關診察費由這個計畫再補到 30 點這件事。這個計畫其實他是補醫療點數在 50 萬點以下的點值，都用 1 點 1 元來支付。所以，那個 50 萬點其實就已經含診察費了，應該不用單獨再拿診察費去獨立出來，因為這個計畫只是補點值低的部份而已。

龐組長一鳴(代理主席)

可以理解嗎？就是不要重覆再貼補了！

連代表新傑

我先說明一下，第一個，這個是一個鄉鎮的部份，因為我們當初其實最主要的計畫低點值高醫需的這個計畫最主要的地方是希望能維持著蛋白區，就是比較偏鄉的、本來是醫缺的那些鄉鎮的醫師數，所以才會設立這個計畫。這個計畫執行幾年後，發現最大一個苦主是東區，東區目前的點值不會低於 1 啊！目前！這幾年維持不會低於 1。而東區的醫缺偏鄉，醫缺有保障那個沒問題，可是東區的醫師數一直在流失，是完全沒有保障的。醫師數一直在流失，所以那邊就醫的不便性，其實就會逐漸地呈現出來。當初我們想利用的是說，第一個如果點值小於 1 的是可以用原來的方式給他那個錢，那第二個東區在偏鄉的地方，可以治理到診察費的這個部份的錢，那其實如果可以的話，其他地區的偏鄉部份，當初有算過，如果只是差額的 30 幾，其他的地區偏鄉，然後其他的地區 30.1 有補助的話，其實是可以有助於那個醫師那個金額都還在 8000 萬裡面啦！主要是有助於那個醫師。不要再讓醫師流失，我主要要講的是這個。

劉科長林義

可是你補的是所有的醫缺，你這個計畫…

龐組長一鳴(代理主席)

我簡單講一下，我大概聽懂意思。現在是東區去巡迴反而低，對不對？你 1 點

超過 1 元嘛！因巡迴保障 1 元，對東區去巡迴的反而是損失。所以可以加一條，點值超過 1 元的區就補到他的點值，這樣就好了！那個概念嗎？

甯視察素珠

主席，這個計畫裡面所有鄉鎮都可以，那裡面有很多個不光是東區而已，還有其他區的也是符合這個條件。

龐組長一鳴(代理主席)

不是啦！我的意思是說不足 1 元的，就補到 1 塊，超過 1 塊，那一區是多少就補到多少，就跟他一樣啊！還是你要再加個 20% 都可以啊！

劉科長林義

對啊！這樣就解決那個問題了！

龐組長一鳴(代理主席)

不足 1 元的補足到 1 元，超過 1 元的，看是要補足到平均點值，還是浮動點值？都可以，每個區都可以！

張專門委員温温

我說明一下，如該區平均點值是 1.02，現在是給 1.02，如果低於 1 元，才補到 1 元啦！目前這個方案是這樣。剛剛我覺得你們的意思是說，東區都沒有補到，因為他們點值都是超過 1 元嘛！所以希望你們多給 30 點，去補他那些的差距。

張專門委員温温

就是符合本計畫的鄉鎮可以申報這個診察費，就直接加 2 成，這樣好不好？

龐組長一鳴(代理主席)

1 成啦！

張專門委員温温

可以啊！就加 1 成。這樣意思就達到了！

劉科長林義

可是，這個是不是要回到醫缺計畫那邊去改？

連代表新傑

這是申報一般診察費嘛！按照它…

劉科長林義

這個計畫是點值保障耶！

施代表皇仰

我是東區主委，我提議一下！就是說我們對這個 1:4500 的醫缺地區，給他一個額外的補助，就是讓這裡的醫師都可以拿到，不要因為點值超過 1，而拿不到這個額外的補助就這麼簡單！不要跟巡迴搞在一起，就針對我們有 16 個醫師在醫缺地區 1:4500 的人口比之下的，針對這些人給他一個補助，我覺得補助看診費是相當實際的，比看診費高，我們就是要鼓勵他看診嘛！那對醫療資源的應用是好的，我的建議是這樣子，謝謝！

龐組長一鳴(代理主席)

現在建議都沒有關係啦！意思大家都懂了！現在概念上大家都同意，所以概念沒問題。而文字修在哪裡，所以，你就直接告訴我，哪一段文字該怎麼改，這樣就好了！意思我們都知道，大家都要幫忙，那只是有人寫的不好是多亂的。

連代表新傑

因為我本來提的其實很簡單，只有山地離島的診察費，那樣子就很單純。今年結算是年度結算，他的醫令數扣掉 30 點的山地離島的診察費，從一般預算移撥的 8000 萬去支應就好了，其實我當初的想法是這樣子，我覺得這樣比較簡單。

張專門委員溫溫

對不起，我剛剛把醫缺混在一起。因為你們這個案子其實是保障點值…

龐組長一鳴(代理主席)

不是啦！我們現在討論的是 40 頁的上半段，不是下面那一段嘛！再確認一次，上半段 50 萬的，我們現在保障額度是多少？

張專門委員溫溫

50 萬

龐組長一鳴(代理主席)

有沒有效？

連代表新傑

如果提高到 60 萬，更有效。

龐組長一鳴(代理主席)

不是啦！我是說如果提高診察費的點數跟 50 萬有沒有競合關係？你不提高時，補到 50 萬，你提高時，還是補到 50 萬，這不是白忙一場嗎？

連代表新傑

這是 50 萬以下的點數來保障，不是補到 50 萬。

龐組長一鳴(代理主席)

好！

張專門委員溫溫

現在最大的問題是現在這些鄉鎮非常多，有 180 幾個鄉鎮，事實上，你們這樣做如果真的只是為了像東區那樣比較特殊的地區，是不是應該把這個點值，一個方法是說，如果那個 50 萬他們都做不到，那我們可以把點值拉高一點，這是第一個方法；第二個，如果你只是針對東區，因為他的點值已經超過 1 點 1 元，那對於超過 1 元的部份，我們可以把它變成像是 1.05 或是 1 點多少，讓他真的有補到那一些。

連代表新傑

這比剛剛講的還高耶！

張專門委員溫溫

那就 1.2 啊！我的意思是說，如果你的目的是想要去補那一些，就是像東區，因為他們得不到這個計畫的好處嘛！

龐組長一鳴(代理主席)

我再聲明一次，這個是適用於醫療資源不足且點值低地區，到底有沒有包含東區嗎？

甯視察素珠

沒有啦！

龐組長一鳴(代理主席)

討論了半天，結果沒有包含你們東區，你們東區還跟著討論。

施代表皇仰

不是這樣啦！這個的意思是說，這個經費是補那個點值不足 1，然後他去補他，東區是有 1 沒錯。但是東區是偏蛋白地區，它沒有完全受到保障，現在的精神是這樣，所以想要在這個連帶計畫裡面給一個好處，只是這個意思。

連代表新傑

你不能假設東區永遠在 1 元以上。

龐組長一鳴(代理主席)

不是啦！我的意思是，只要釐清楚楚而已，因為你的前提是點值低地區嘛！東區現在點值超過 1 的也會適用？也會適用這個點值低，只是東區看得到，吃不到！對不對？

連代表新傑

對！看得到，吃不到

龐組長一鳴(代理主席)

那看得到吃不到，所以你的目的是這樣子。就像我們社會有個制度，救濟貧民的，我也是看得到吃不到啊！可是你要去修改那個救濟貧民的方法，可以幫助到我，那也可以變成不是幫助貧民，變成救濟富人。我再重申一次，我們的標題是，第一個條件是醫療資源不足，第二個條件是點值低。兩個條件嘛！那你就乾脆補資源不足地區啊！何必要加個點值不足四個字呢！如果你要補醫療資源不足區，大家都同意啊！可是你要再補，還要再加個前提是，因為點值低。

連代表新傑

我們可以把”點值低”這幾個字拿掉。

龐組長一鳴(代理主席)

那這樣就修改整個辦法啊！

溫斯勇醫師

我們是不是可以就是，計畫是點值、醫療資源不足的，但是我們的獎勵計畫是分兩個，一個是點值低的，我們會有一套算法，另外一個是像東區那樣子，就是我們都會針對醫療資源不足地區…。

龐組長一鳴(代理主席)

這樣子，保障醫缺區，在座沒有人會反對，全部支持，這是第一個原則，第二個原則是，醫缺區現在已經好幾個案了！我們剛剛前面巡迴、執業點，那些都是醫缺區，如果是要保障醫缺區的，理論上醫缺區應訂在一個方案，現在拆成好幾個方案，我們現在都討論到連自己都搞不清楚。當時我記得這個案子，他的重點其實是在點值低，因為他是醫療資源缺乏區，以及點值低為前提，對不對？現在我們回到這邊，如果改得很複雜，可能現在會上沒有辦法解決，現在會上能夠解決的是小改的事情，東區的醫生對這個案子的期望，為為什麼不改在醫缺區裡面？

黃代表福傳

應該不能這樣說啦！其實它的本質精神是那個醫師人口比是 1:4500 的這個概念。那要補我們是希望再去東區開業的醫師或是已經在比如說：關山鎮、海端鄉現在開業的醫生，他們人留在那邊，而且後續還有人願意過去開業。

龐組長一鳴(代理主席)

我都同意啦！可不可以訂一個案子，關山鎮就保障 60 萬？還是 100 萬？還是…，何必用個這麼複雜點值算來算去的方法呢？你要解決哪個問題嘛，我都同意啦！醫缺區支援我們都同意，可是我們現在太多案子是要解決醫缺區的問題，你是要

解決醫缺區的問題？還是要解決點值低的問題？

張專門委員溫溫

不好意思，這個案子，我覺得還是要回歸到解決點值低的問題，應該還是放在點值低的部份，那至於醫缺，如果他覺得那個地方不夠，應該是盡力去加醫缺方案不足，這樣會比較有意義，否則疊床架屋，變得有點複雜，而且計算作業變得好複雜，搞不清楚你們主要 FOCUS 的點在哪裡？這個計畫應該只是在點值偏低。

龐組長一鳴(代理主席)

我的建議是這樣，連醫師你參考看看，點值低的就按原來規定，這是第一個；第二個，東區或是一些特殊區，對於醫缺區的保障認為還有不足的，我們幾個月內去修改前面講執業或巡迴方案，去保障巡迴的加成或是去保障固定開業的，是不是透過這種方式分開來做處理，可以嗎？

連代表新傑

可以！那唯一的修改，是不是可以把第 40 頁最上面第二點的，每個醫師每月在 50 萬點以下的點數，把它提高到 60 萬點。因為現在很多支付方式，都已經改了！

張專門委員溫溫

好！可以啊！那就先這樣子！

龐組長一鳴(代理主席)

我們今天會議就決議，如果醫療資源缺乏區還需要一些特殊保障，我們在「牙醫門診總額醫療資源不足改善方案」裡面去做補充修正，而且我們還要訂時間，下次開會提出改善方案，好不好？我們醫缺案今年可能要公告，那我們就積極來談這個事情好不好？好！那下一個案！

第七案 「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修訂及新增項目案

龐組長一鳴(代理主席)

所以現在爭議主要在第二點，對不對？從 155 頁開始，來這個誰來表達？

李代表明憲

主席還有各位代，我們先針對牙科診察費提出兩個方案給貴署做參考。第一個方案就是，我們把那個感染控制的點數提出來，好處是跟西醫基層跟其他的診療費是一樣的，那我們感染管制的數字會變成 85 點，比目前增加 30 點，那其他我們變成 35 點，那些以前的 285 點那些診察費就刪掉了！這個就符合貴署說跟其他基層的一樣，如果說感染管制管制費就是 85 點。山地離島的話，那剛已經討論說

要 65 點的話，那醫缺就會刪除掉。我們只增加山地離島多 10 點，第 115 頁從 250 點增加 260 點，這個我想貴署也是同意，那剛才貴署討論醫缺那個項目，本來我們是從這個地方多 30 點，因為這 30 點是有 182 鄉鎮，我們剛剛討論如果已經用 60 萬點的話；那第二個方案的話，我們把目前的現行方案的名稱改掉，改成診察費，從目前的 285 點，增加到 315 點，然後上面的山地離島也一樣多山 10 點，總共經費大概是 7.21 億。那麼看貴署還有沒有意見？因為去年是調了 15 點，那成本只補助這麼多年來，我們這裡把它調整後再調整的機會是比較少了，因為現在調回 30 點，比較能符合成本的調漲，以上！

龐組長一鳴(代理主席)

上面那段文字「新增之項目進階品質…健保署意見」請說明一下，好不好？

張技士巧如

有關序號(1)~(3)的部分，我們等一下詳見健保署的意見。序號(4)的部分，牙全會提出來想要納入牙醫相對門診合理點數的給付原則，不列入項目。因為我們差額的部份已經有納進去了，再含門診診察費一定要算進去，我們覺得申報量相當大，所以建議不要再納進來了。再來就看下面的表格，第一個診察費我們要調 10 點，我們沒有意見，因為是基於鼓勵山地離島。

龐組長一鳴(代理主席)

這個不要再講了！

張技士巧如

好，再來是進階品質管控處置費，這個部份其實是把那個差額部分再額外增列。我們有問題的地方在健保署意見 2 的說明，因為這個影響經費估算，我們檢視發現，少估了大於 20 人的部份，這個部份照這方案去執行的話，現階段一般門診診察費大於 20 人，是不可以申報感控診察費，如果採這個方案，變成都可以去申報進階品質管控費，這一部份有少估的情形，這是方案一，我們的意見。

龐組長一鳴(代理主席)

所以，對這個方案的診察費意見，前面山地離島部分沒有意見，後面進階品質部分是大家提醒是不是有低估了？

李代表明憲

其實是沒有什麼低估，以目前現行合理的門診量他們還是 230 點，所以，這個只是提高個 30 點，比目前制度再提高個 30 點，這個項目把它特別獨立出來放在這裡面，那當然超過合理門診量，按照現行的方式還是一樣。

林專門委員淑範

那個調整診察費，我認為要先討論是要方案一？還是方案二？那兩個方案其實

是換湯不換藥。收到的總點數是一樣的，只是名稱不一樣。那剛才全聯會是講，如果是方案一，就比較符合現在西醫跟中醫診察費的精神，我的看法不一樣，西醫裡面的診察費不表示它不包含感染感控，其他的感染感控都包含在裡面，反而是比較像方案二的精神，是包括所有的費用在裡面。那方案二跟方案一不一樣的地方是在名稱把它獨立出來，本來是加強感染管制的牙科診察費改成”進階品質管控門診診察費”，那其實兩者精神、錢是一樣的。我要再澄清一下我們的疑問，在方案一裡面是感染感控費用是另外一加，原來的精神是 20 人次以上另外加。那 20 人次以上要不要另外加？要啊！那在你們的費用預估就少估了啊！

陳代表彥廷

我們其實比較主張的是採用方案二。

龐組長一鳴(代理主席)

方案二的長期質疑就是感控那兩個字。

陳代表彥廷

感控本來就該做啦！

龐組長一鳴(代理主席)

這是 minimum requirement。

陳代表彥廷

對！但是我們現在同時要求的是這樣子！以目前衛福部的衛生局在做督考的時候的要求，跟我們在做的要求是一樣的，那我只是補這個點而已。我們現在還是有 10% 的院所，沒有做到這件事情，但也符合目前衛生局的督考。

龐組長一鳴(代理主席)

有些衛生局符合，健保署未必要符合，很多喔！衛生局只是個開業標準，健保署還有標準。我只是在意那個字，長期以來，健保老是付感控不合格，就是很奇怪啊！重點還是在”感控”那幾個字嘛！進階感控、基本感控…我也不知道耶！你要求無菌的程度，又講不出那個定義，你知道我的意思嗎？要調高費用，我們沒有意見，只是說用了調高費用的名義，碰到的問題，變成我們同仁沒有能力去處理後續的問題，反正不是對錢的問題，是對於這個名義代表的後面的事情。

李代表明憲

主席，因為這個名稱我們還可以再做修訂，不然我們想很久，那如果有在管制裡面，可以把它去掉改成進階品質診察費，就是改成方案二的這項目裡面的。我的意思就是說，這個文字是還有討論的空間，那現在如果說感控這兩個字不要的話，因為這成本的需求是不一樣的。

龐組長一鳴(代理主席)

我了解！淑範，這樣改好不好？

林專門委員淑範

因為對於”進階品質”兩個字，還要去解釋什麼叫做”進階”。

龐組長一鳴(代理主席)

全世界最麻煩就是不確定法律概念。那我們就一直在創造不確定法律概念。牙科不是常常很多事情都想辦法寫的得很清楚，剛剛很多方案都寫的鉅細靡遺。這是牙科的專長，可是在這個方案上面又創造一個模糊。

陳代表彥廷

因為原來的稱呼叫做”符合”，它是加強。那如果沒有符合加強，那也是我們一般的感染管制，所以，原來的名稱就沒有錯。

張專門委員溫溫

我們目前有一個感染感控管控的方案，有無符合方案定義明確且申請診察費用不同，可是現在寫”進階品質管控”定義不明。

陳代表彥廷

所以，我們建議不改那個名稱。

龐組長一鳴(代理主席)

好啦！提案，名字改回來，只是純粹增加點數。增加點數後，對於不符合管控的情形是否有一些配套？

陳代表彥廷

有一些配套措施在進行。

龐組長一鳴(代理主席)

健保如何對民眾交代牙科不符合管控的情形？吳委員，請問不合格院所是否要資訊公開？

陳代表彥廷

他們不符合加強感控，但是符合一般感控。

吳代表玉琴

對不起，我很好奇，一般感控及加強感控的差異在哪裡？

陳代表彥廷

就是有一個標準作業流程，譬如說針扎處理流程，他不非常完備，但衛福部要求是一般性的，ok 就可以了，但是我們希望牙科院所都能做得更完備而已。

龐組長一鳴(代理主席)

好啦！名字改回來，但是附帶決議第一個是對不符合感染管控的院所，公會是不是還要提出具體的改善方案；第二個問題就不要列入記錄，因為像診察費已經相對比西醫基層高很多了，以後要面臨的問題，希望大家能承擔，因為診察費對健保來講，壓力是很大的一件事情。接下來！

林專門委員淑範

主席，對於調升點數的部份，我建議先保留，就是從 285 點調到 315 點，315 點這個數字先保留，因為有預算的問題，在全聯會的建議裡，有用到品保款的疑義，這在健保會裡面協商是用於提升品質，所以 315 點先保留，我們有疑義再來討論。

龐組長一鳴(代理主席)

那個預算不能挪用！

陳代表彥廷

我先把這件事情先講清楚，品保款的那 1 億多，我們是用一些新的項目，或是有必要加強的項目，不是為了醫療服務成本上揚。

李代表明憲

主席，還有各位代表，請大家翻到 121 頁，這個東西不是舊的項目點值的調升，而是新增項目，像是前牙或是後牙的雙臨接面，那是一個品質的提昇，也就是說你在門牙要補到四面，那品質要比較高，還有複雜性乳牙拔牙也是需要比較高的技術。還有急診跟週日門診，健保署是希望可以放在這邊裡面。

龐組長一鳴(代理主席)

還是不合理啊！品保款是對於已經做了，好的要給他鼓勵，而不是對於一些特定對象服務，或是創新服務的鼓勵，它意義不一樣嘛！

陳代表彥廷

基本上他也都符合剛剛所敘述的內容，比如說假日的門診給有做的人更多鼓勵，然後吸引更多的人來做。

龐組長一鳴(代理主席)

讓更多的人來做有很多方案，例如，醫缺方案，這些都可以啊！

陳代表彥廷

但是品保款用到這一部份可能增加的…

龐組長一鳴(代理主席)

不是啦！你就品保款…

谷科長祖棟

假日急診是用到醫療服務利用及密集度改變之預算 1.11 億元，不是用到品保款。

龐組長一鳴(代理主席)

今天下午要開中醫研商會議，等一下還要整理現場，所以，我們可能要抓緊時間。我們的想法就是品保要回歸到品保的本質，不要弄得太複雜，又要挪來挪去。你們已經挪了好多預算，這個已經超越一般人的理解能力了！

林專門委員淑範

請看到 113 頁，健保署意見是，可以用的預算是 9.99 億，按照全聯會提出來的支付標準調整案，總共需要 1 點多億。其實要把品保款的 1 億壓縮回來，不要用！診察費要調整，要從現在的 315 點調成 310 點，也就是說從原來的 285 點調升到 310 點，那預算就會控制在整體的額度之內。

龐組長一鳴(代理主席)

可以嗎？大家都能接受嗎？所以，117 頁，315 改成 310，山地離島改成 340。

林專門委員淑範

二項診察費都少 5 點，那預算就可以控制住了！

龐組長一鳴(代理主席)

那轉診解決了嗎？

林專門委員淑範

轉診費，我們內部的意見是，支持要做轉診。可是它的內容，123 頁的轉診單裡面，希望可以再周嚴一點，因為其實就只有轉出去的資料而已，缺乏轉到哪個院所，甚至介紹給哪個醫師資料，其實應該把轉到哪個院所、看哪個醫師，都列到轉診單中，請參考衛福部轉診單範例再做修改。

龐組長一鳴(代理主席)

原則上，支付標準同意，但轉診單請一個禮拜修改過來，要符合衛生福利部的規定，這是第一個；第二個，要有指定受轉的單位。

溫斯勇醫師

到醫師有點困難。

龐組長一鳴(代理主席)

到醫師當然有困難，轉診還是義務，我們現在轉診加這個費用，雖然很高，可

是健保署蔡副很感激各位願意去做，我們支持這一項，但支持這一項，雙方都要多付出一點，讓民眾感受到這個轉診服務是比較好的，我們現在做的轉診是有轉到點的，如果是把病人轉出去就算了，原來的單頂多叫做轉出單，對吧！好，下一個！

林專門委員淑範

第 119 頁，那個行政經費已經做很大的修改，也把支付項目列出來了，不得同時申報列的這些項目，都是現在支付標準裡面的急症處理，而且點數是 100 點到 160 點左右而已，我們建議到醫院去照的一般 X 光都含在 1000 點裡面，所以我建議把 X 光評估的費用都加進來。

連代表新傑

X 光片那邊，醫院牙科學會認為 X 光照的差異金額蠻大的，因為 X 光是因需求而做的，不應該把它都納進來。所以，醫院牙科建議 X 光片是要內含。

龐組長一鳴(代理主席)

可以調整一下嗎？全口的當然不用內含啊！就是把小張的放進去嘛！修改文字就好啦！醫院當然比較複雜啦！

連代表新傑

好啦！根尖片啦！

龐組長一鳴(代理主席)

你們再補一下，好嗎？下一個！

林專門委員淑範

沒有了！

陳代表彥廷

那我們現在品保，組長有沒有什麼誘因方向，不然我們品保用到哪裡去啊！

張專門委員溫溫

超過二年的品質保證保留款滾入到一般服務去了！

陳代表彥廷

到一般服務，可以做什麼？

張專門委員溫溫

點值提高了。

翁代表德育

一般來講，讓點值提昇就是等於是醫療服務成本改變率，它才會讓點值提昇。可是這品保的話，應該不是要讓點值…

陳代表彥廷

我們過去，這個項目是讓醫師願意作，提高它的可近性，例如說治療口腔外科的手術。

龐組長一鳴(代理主席)

聽得懂！

張專門委員溫溫

現在品保款的編列跟現在執行的方法是每一年的協定結果品保款最早的時候是每年額度以品質保證保留款方案做分配，前一年就是回到基期。最近則以最近兩年的額度進行分配，那等於是再前兩年，也回到基期去了！現在都是依據健保會的決議，以最近兩年品質保證保留款的額度去做分配。

陳代表彥廷

因為之前健保會的但書是，回到一般預算，要用在品質的部分。

張專門委員溫溫

因為超過兩年就是滾進去基期了！只有後面這兩年才拿出來分配。

陳代表彥廷

如果沒有一些服務的項目，它就會變成純粹提高點值而已啊！

龐組長一鳴(代理主席)

這麼複雜的事情，今天沒有辦法討論出一個結果出來，如果要討論，這樣子好了…

翁代表德育

不是要討論這個，我們今天就先照這邊的意見。現在就是說，我們原先用品保，那幾個小的項目，就是都沒有通過，是嗎？

吳代表玉琴

我的理解是如果是保留款，如果是補助基期，應該是說，你們從總額裡面去挪出1億，來提昇或是支付這筆費用的概念，而不是說特別去指定要品保款來支應。

陳代表彥廷

沒有，已經回到一般預算裡面，那新增的這1億多，我不曉得那你可以多做什麼，或是什麼事情，你可以做得好一些。

吳代表玉琴

是！我的意思是不要再挪總額的錢。

龐組長一鳴(代理主席)

新增就新增，不必說是指定哪一筆錢，這樣好嗎？意思一樣，結果一樣。

翁代表德育

我現在不是要爭議品保，我要回頭來爭議就是說，我們用醫療服務成本指數，我們把原來品保指數的東西壓爛一點，那我覺得這樣可以。那我們看 113 頁，我們今年新增的醫療服務新增等於是列了 1100 萬，但是我們現在是估這個假日門診是 5100 萬，所以我是建議就是說，我們在 121 頁裡面，那以下缺口還剩下 60 百萬嘛！就找三項把它列到我們醫療服務利用及密集度改變率，剩下的用醫療服務成本指數去繳啊！我不曉得這樣子講，有沒有清楚？

谷科長祖棟

我想說明一下！原來總額是 8.88 億，牙全會提的是 9.9 億，上次牙全會提到通過的項目包括新增及修訂點數的部份，全部 2.38 億，診察費的部份，依原建議點數調降 5 點，這部分我們算是 6.02 億，另外新增轉診的費用，還有牙醫急診處置是 0.3 億，國定假日的部份，就是剛剛講過是用醫療服務利用改變率 1.1 億，所以剛剛那樣加起來的話是 8.7 億。就是 8.88 億當中，用了 8.7 億，以上說明。

翁代表德育

所以還差 1000 萬？可是問題是，我們這樣算起來還差 6000 萬？

龐組長一鳴(代理主席)

其實不了解總額會嚇死，開個會在講 6000 萬不見了。

翁代表德育

我現在意思很簡單喔，剛剛那個 310 點，是把我們 121 頁前面這五項，通通帶回去算，對不對？所以才是 310 點，這個總共是 8 億多嘛！8.8 億嘛，對不對？那回到過來 113 頁這裡還有 1 億 1100 萬沒有用啊，那 1 億 1100 萬我只調了 5100 萬阿，我還有 6000 萬的缺口阿，這樣大家知道我的意思嗎？那你這樣 total 起來你說你剛好，可是這樣我的意思是不對阿！我還有 6000 萬的缺口，

林專門委員淑範

請大家看 113 頁，括弧 3 新增收入及國定假日牙醫門診預估是 5000 萬，預算編了 1.1 億，所以缺了 0.6 億，可是我們後面有講，是用現在的醫令數在預估，我們不曉得開放這樣的項目之後，它的量會增加多少，其實這樣子預估的時候有一個緩衝，預估這麼多錢，不一定要 1.1 億全部花光，還有量增加的部分，我們要考慮進去。

龐組長一鳴(代理主席)

翁醫師，這個錢都不是專款，沒有缺口的問題，這是第一個，講法上，如果你剛剛那一句 113 頁，我們換一個說法講，醫療服務利用密集度改變預算 1.11 億，其中新增什麼國定假日，5000 多少萬，足勘支應，事情都解決了，不是嘛？再講一次，預算用到新增支付標準上面新的項目，如沒用到，這些錢全部都是滾到總額裡，也不是不用，怎麼會有缺口。

翁代表德育

最大的問題是付費者給我們 1 億 1 千萬，我們只編了 5100 萬，明年去談，我們很難交代。

龐組長一鳴(代理主席)

不會啦。

翁代表德育

你們不會，但是我們不好交代。

龐組長一鳴(代理主席)

不是，你現在面臨一個問題喔，明年你要面臨一個問題喔，假如明年點值很低，你當然會跟付費者代表說，因為我們牙科做得很好，大家做得很辛苦，點值很低，可是健保署保證會說，是因為今年你們一大堆人做了報告，加了很多支付項目，你要面臨那個挑戰阿，而不是說我們現在都把它編滿滿的，到時候點值很低再來說，怎麼點值很低？這個雞生蛋、蛋生雞的問題啊！

翁代表德育

不是我現在是說，其實…

龐組長一鳴(代理主席)

等一下下一場要開會了，你一定要這樣，今天的案子就暫緩，下次再開臨時會嘛！

翁代表德育

今天的案子就是這樣子喔，我們今年礙於大家意識上的關係，我想這是配合署裡面，可是明年，以後的，我是覺得在我們健保會裡面同意用的那些新增的項目，希望能夠全部用來新增項目的編列預算，就是在醫療服務利用密集度改變花了 1 億 1 千多萬，那你希望這有包括其中裡面有一些急症等等，其實它都是在這個裡面的拉，這個都是我們在 104 年、105 年的新增成長項目，這都是我們提出來的拉！所以你把它弄到醫療服務成本指數去調，不合理拉！

龐組長一鳴(代理主席)

好 ok，我們從頭再改善，這是名目的問題，那我們同仁是不是可以再把一些醫療服務成本指數調的項目挪到醫療服務利用及密度改變，總額不變，你要把你的帳冊做成 1.1 億，我們同仁加油把他作到 1.1 億。

翁代表德育

不是，你要用哪個項目做 1.1 億，所以我剛剛一直急阿！我剛剛急的就是你把 6000 萬加回去，剩下的用醫療服務成本指標加，就可以啦！我把乳牙複雜性拔牙，然後身障轉診的費用，牙醫急診處理，這三個加起來 6000 萬阿，那你一到這邊來就 ok 拉！所以我們前面講的是 316 點，會再多一點點，我覺得比較符合項目。

龐組長一鳴(代理主席)

所以這樣子 ok，太複雜了，你的意思大家都懂了，這樣好不好？基本上按照你剛剛的精神，我們來做調整，一個禮拜之內，跟彥廷這邊確認，好不好？原則是把剛剛支付標準項目部分有放在醫療服務成本指數的，改挪到名目用在醫療服務利用及密集度改變這裡，這樣好不好？按照這個原則來做處理，因為時間已太急迫了，臨時下決議可能會 00，我們按照剛剛的決議，一個禮拜之內要解決兩件事情，一個是這個預算名目的問題，那另外一個問題是轉診單的問題。好，下一案。

第八案 修訂審查面「二十項指標」，提請討論。

龐組長一鳴(代理主席)

沒有實質意見？如果沒有意見，就同意了。

連代表新傑

我這邊稍微再補充說明，就是在每個案裡面，統一加醫事機構這幾個字而已，其他的內容沒有改變。

龐組長一鳴(代理主席)

好，那今天就到這裡嘛，這一次我們破例，議事紀錄簽呈之前先讓全聯會先看過一下，因為很怕有一些倉促，還有請吳代表看過會議紀錄，這樣會比較完備，好不好，這樣子，謝謝。