

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

105 年度第 1 次會議紀錄

時間：105 年 3 月 1 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	莊代表志強	請假
吳代表玉琴	林惠芳代	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	陳瑞瑛代	陳代表彥廷	陳彥廷
呂代表軒東	呂軒東	陳代表義聰	請假
呂代表毓修	呂毓修	彭代表啟清	彭啟清
李代表明憲	李明憲	黃代表福傳	黃福傳
杜代表裕康	請假	劉代表新華	劉新華
阮代表議賢	阮議賢	劉代表經文	劉經文
季代表麟揚	季麟揚	劉代表賢哲	劉賢哲
林代表俊彬	請假	蔣代表維凡	請假
林代表富滿	請假	黎代表達明	黎達明
林代表敬修	林敬修	謝代表武吉	王秀貞代
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	請假
翁代表德育	翁德育		

列席人員：

單位

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

出席人員

蘇芸蒂

彭美熒

蔡東螢、溫斯勇、謝偉明、戴惠子、
柯懿娟、許家禎、邵格蘊、潘佩筠

中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
本署臺北業務組	李如芳、吳秀惠
本署北區業務組	蔡秀幸
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	曾玟富、何小鳳、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	陳玉敏、陳真慧、張溫溫、劉林義、 谷祖棣、張巧如、甯素珠、洪于淇、 劉立麗、楊秀文、林沁玫、林 蘭、 黃曼青、鄭正義

壹、主席致詞(略)

貳、確認上次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

104年第1次臨時會議第三案「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」之決議(一)之4，修訂其中計畫所提牙周病抗生素凝膠及消炎凝膠「請報本署研議納入給付」乙節，改為「請報本署研議是否納入給付」。

參、報告事項

第一案

案由：104年會議決議未解除管制事項辦理情形。

決定：

- 一、除104年第1次臨時會議討論第三案有關研議牙周病統合照護計畫相關事宜仍列管外，其餘解除列管。
- 二、牙周抗生素凝膠及消炎凝膠是否納入健保給付乙項，請牙全會函報專業意見，醫審及藥材組收集適應症及廠商價格資料，分區業務組收集民眾申訴及市場自費價格，彙整後提供藥材

組作為藥品專家會議及共同擬訂會議討論參考參考，開會時並邀請牙醫全聯會之專家與會。

三、請研議藥局可否納入健保行動快易通APP醫療快搜當日營業查詢功能。

第二案

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

案由：104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。

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
104Q3	浮動點值	0.9508	1.0273	0.9788	1.0173	0.9975	1.1552	0.9843
	平均點值	0.9486	1.0270	0.9787	1.0156	0.9937	1.1490	0.9845

肆、討論事項

第一案

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」修訂案。

決議：支付標準「懷孕婦女牙結石清除-全口」項目，由懷孕期間限申報1次改為每90天限申報1次；另牙醫感染管制SOP作業考評表及牙醫門診加強感染管制實施方案，請牙全會檢討修訂，下次提會討論。

第二案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：105年「牙醫門診總額一般服務預算四季重分配」案。

決議：一般服務預算四季重分配，改以近三年各季結算核定點數占率平均值列計。105年一般服務預算四季重分配占率：第一季24.02%、第二季24.4%、第三季25.8%、第四季25.78%。各季各分區預算及醫療給付費用各項定義及計算方式說明如附件1(P.5~P.7)。

第三案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點修訂案。

決議：同意「牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」之相關內容研議增訂於支付標準中，以符合法規要求，並請牙醫全聯會於下次提會討論修訂之內容。

伍、 本次會議發言實錄摘要如附件 2(P.8~P.41)。

六、散會：下午 4 時 30 分

105年牙醫門診總額醫療給付費用計算說明

附件1-1

105年2月15日製

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)	$QG_{104}+QG_{103}$		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	$Dcsg_{3_{104_sea}}=78,100,000/4$		15,125,000	15,125,000	15,125,000	15,125,000	60,500,000
	地區一般服務	$DG_{104}=RG_{104}-QG_{104}-QG_{103}-Spe_{104_sea}-Lack_{104_sea}-Dcsg_{3_{104_sea}}$		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								
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)	$DC1_{104}$ (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	
105年	協商結果--醫療給付費用成長率	N_{105}	3.109%	3.109%	3.109%	3.109%		
	*一般服務							
	一般服務醫療給付費用成長率	R_{105}	3.046%	3.046%	3.046%	3.046%		
	品質保證保留款醫療給付費用成長率	Q_{105}	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%		
	實際保險對象人數	P_{105}						
	預算							
	校正投保人口成長率差值	DI_{105}		21,716,005	33,891,015	38,325,186	40,736,073	134,668,278
	一般服務醫療給付費用總額	$RG_{105}=(RG_{104}+DI_{105})*(1+R_{105})$		8,887,743,719	9,536,674,173	10,232,725,814	9,977,436,415	38,634,580,121
	品質保證保留款(104年額度)	$QG_{104}=(RG_{102}+DI_{104})*Q_{104}$		25,473,927	27,302,528	29,289,448	28,548,755	110,614,658
	品質保證保留款(105年額度)	$QG_{105}=(RG_{104}+DI_{105})*Q_{105}$		25,875,076	27,764,321	29,790,751	29,047,522	112,477,670
	品質保證保留款(自101年起採2年累計額度)	$QG_{105}+QG_{104}$		51,349,003	55,066,849	59,080,199	57,596,277	223,092,328
	療資源不足且點值低地區獎勵計畫移撥款	$Spe_{105_sea}=50,000,000/4$		20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	80,000,000
	醫療資源不足方案之論量計酬費用移撥款	$Lack_{105_sea}=200,000,000/4$		45,000,000	45,000,000	45,000,000	45,000,000	180,000,000
	牙周病統合照護計畫第三階段移撥款	$DcsgB_{105_sea}=78,100,000/4$		17,575,000	17,575,000	17,575,000	17,575,000	70,300,000
	投保人口就醫率全國最高二區之保障款-中區	$RAC_{105_sea}=10000000/4$		2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
投保人口就醫率全國最高二區之保障款-高屏	$RAK_{105_sea}=5000000/4$		1,250,000	1,250,000	1,250,000	1,250,000	5,000,000	
地區一般服務	$DG_{105}=RG_{105}-QG_{105}-QG_{104}-Spe_{105_sea}-Lack_{105_sea}-DcsgB_{105_sea}-RAC_{105_sea}-RAK_{105_sea}$		8,750,069,716	9,395,282,324	10,087,320,615	9,833,515,138	38,066,187,793	
*專款專用：全年預算								
牙醫特殊服務項目	SG_{105} (全年預算 473,000,000)		118,250,000	118,250,000	118,250,000	118,250,000	473,000,000	
醫療資源不足地區改善方案	$DPSG_{105}$ (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)	$DC1_{105}$ (全年預算884,000,000)		221,000,000	221,000,000	221,000,000	221,000,000	884,000,000	
牙周病統合照護計畫(第3階段)	DCB_{105} (全年預算260,600,000)		65,150,000	65,150,000	65,150,000	65,150,000	260,600,000	
人口風險因子 (R)=人口指數*人口占百分比(P1)			100%	100%	100%	100%		
103年風 險因子	台北 (R1)		0.36587	0.36638	0.36643	0.36663		
	北區 (R2)		0.15583	0.15615	0.15664	0.15705		
	中區 (R3)		0.18166	0.18141	0.18183	0.18168		
	南區 (R4)		0.13248	0.13221	0.13178	0.13163		
	高屏 (R5)		0.14318	0.14294	0.14244	0.14219		
	東區 (R6)		0.02098	0.02091	0.02088	0.02082		
原分配	台北一般服務預算總額	$DG_{105}*P1*R1$	3,201,388,007	3,442,243,538	3,696,296,893	3,605,261,655	13,945,190,093	
	北區一般服務預算總額	$DG_{105}*P1*R2$	1,363,523,364	1,467,073,335	1,580,077,901	1,544,353,552	5,955,028,152	
	中區一般服務預算總額	$DG_{105}*P1*R3$	1,589,537,665	1,704,398,166	1,834,177,507	1,786,553,030	6,914,666,368	
	南區一般服務預算總額	$DG_{105}*P1*R4$	1,159,209,236	1,242,150,276	1,329,307,111	1,294,385,598	5,025,052,221	
	高屏一般服務預算總額	$DG_{105}*P1*R5$	1,252,834,982	1,342,961,655	1,436,837,948	1,398,227,517	5,430,862,102	
	東區一般服務預算總額	$DG_{105}*P1*R6$	183,576,462	196,455,354	210,623,255	204,733,786	795,388,857	
合計		8,750,069,716	9,395,282,324	10,087,320,615	9,833,515,138	38,066,187,793		
原占率 (R)			22.986462%	24.681437%	26.499424%	25.832676%	100.000000%	
新占率 (Ra)			24.016064%	24.404776%	25.797478%	25.781682%	100.000000%	
新分配	台北一般服務預算總額	$\Sigma DG_{105}*P1*R1*Ra$	3,349,085,778	3,403,292,405	3,597,507,346	3,595,304,564	13,945,190,093	
	北區一般服務預算總額	$\Sigma DG_{105}*P1*R2*Ra$	1,430,163,372	1,453,311,281	1,536,247,077	1,535,306,422	5,955,028,152	
	中區一般服務預算總額	$\Sigma DG_{105}*P1*R3*Ra$	1,660,630,700	1,687,508,838	1,783,809,535	1,782,717,295	6,914,666,368	
	南區一般服務預算總額	$\Sigma DG_{105}*P1*R4*Ra$	1,206,819,757	1,226,352,738	1,296,336,741	1,295,542,985	5,025,052,221	
	高屏一般服務預算總額	$\Sigma DG_{105}*P1*R5*Ra$	1,304,279,318	1,325,389,731	1,401,025,456	1,400,167,597	5,430,862,102	
	東區一般服務預算總額	$\Sigma DG_{105}*P1*R6*Ra$	191,021,097	194,112,869	205,190,265	205,064,626	795,388,857	
合計		9,142,000,022	9,289,967,862	9,820,116,420	9,814,103,489	38,066,187,793		

備註：新占率係以小數後8位數計算。

105 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：

105年度牙醫門診醫療給付費用總額＝校正後104年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+105年度牙醫門診一般服務成長率)+105年度專款項目經費

註：校正後104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103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3.046%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率5.512%；協商因素成長率0.534%。
- 2、專款項目全年預算額度為1,897.6百萬元。
- 3、前述二項額度經換算，105年度牙醫門診醫療給付費用總額，較104年度所協定總額成長成長3.463%；而於校正投保人口後，成長率估計值為3.109%。

(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) 105 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額

＝(104 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+103 年校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額)×(1+ 3.046%)

1、105 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用成長率經協定為 3.046%

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，105 年各季一般服務預算結算時，其基期分別為 0.21 億元、0.34 億元、0.38 億元、0.41 億元，全年共計 1.35 億元。

(二) 105 年品質保證保留款

＝(104 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+103 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%)+104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

= 0.8億元，按季均分，每季20百萬元

(四) 醫缺方案之論量計酬費用專用移撥款

=1.8億元，按季均分，每季45百萬元。

(五) 牙周病統合照護計畫第三階段專用移撥款

= 0.703億元，按季均分，每季移撥17.575百萬元。

(六) 投保人口就醫率全國最高之中區移撥款

=0.1億元，按季均分，每季移撥2.5百萬元。

(七) 投保人口就醫率全國最高之高屏區移撥款

=0.05億元，按季均分，每季移撥1.25百萬元。

(八) 105年各季一般服務部門分配至各分區預算

=105年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額－105年品質保證保留款

(九) 105年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

= [105年各季一般服務部門分配至各分區預算] ×100% ×103年各季各分區人口風險因子

(十) 105年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下：

=一般服務部門分區預算×101~103年各季結算核定點數(浮動+非浮動核定點數+核退自墊金額)占率之年平均值

105 年牙醫總額研商議事會議第 1 次會議實錄摘要

壹、主席致詞

今天會議開始，有幾位新任委員，第一位是吳玉琴代表的代理林惠芳小姐，另一位是牙醫北區代表彭啟清醫師及中華牙醫學會代表呂軒東醫師，歡迎新代表參加。接者，請各位代表確認 104 年第 4 次及第 1 次臨時研商議事會議紀錄。

貳、104 年度第 4 次會議及 104 年第 1 次臨時會議紀錄確認

林代表敬修

會議記錄的第 11 頁，有關牙周病統合照護計畫所提之牙周抗生素凝膠及消炎凝膠，請報本署研訂納入給付。事實上，我們覺得這些藥目前的療效還不是很確定，所以我們比較沒有建議要納入給付。

主席

療效不是很確認，可是已有收自費都的各案。

林代表敬修

自費要看病人個別的狀況。

主席

病人搞不清楚，都聽醫生的，這兩項過去牙全會一直都主張自費，但是一般抗生素和消炎用藥叫病人自費，說不太過去。你們說療效不確定，但你們一直都允許牙醫師收取自費？

林代表敬修

是醫師會看個別病患的狀況，這個東西不適合在整個健保制度下大量使用，被濫用的可能性會比較高，只是，上次會議要納入給付的部分，好像大家沒有共識。

主席

沒有共識？醫審藥材組有什麼看法？

曾科長玫富

本組藥品科這邊之前已依照上次會議決議，請廠商提出收載列項的建議，只是廠商目前都還沒有表示有意願。

主席

可是牙周病的抗生素跟消炎凝膠，在自費市場也用了很多，如果公會認為這

不具療效，但自費市場允許他收費，這樣子要怎麼處理比較好？來，李代表。

李代表明憲

主席，有關抗生素凝膠我自己有在用，不是說不具有療效，是針對牙齦流血的治療效果很好，但對骨頭深沉部位還不一定有特殊的療效，所以我們一直在問牙周病專科醫學會，到底要不要普及化。在新藥的方面，我們也希望廠商能夠提出來，所以這個東西，我們是願意這樣的處置，以上。

主席

如果是怕濫用，就應該訂合理的適應症，與沒有訂適應症具有療效，是兩回事，如果在某些情況具有療效，而且病人需要，他的作用是屬於抗生素與消炎作業，不納入健保給付，讓民眾自費，跟其他的醫別規定顯不對等，所以，我們才建議這個部分是不是研議納入健保給付，但如果擔心濫用，就去訂健保給付的適應症範圍。再請各位表示意見，陳代表。

陳代表彥廷

第一個，我不覺得他現在有普遍的在使用，所以他不是我們例行性在用的。第二個他跟一般我們所講的抗生素，有不等同的概念，為什麼？因為你現在講的也許是注射到肌肉或者是靜脈，但是我們事實上是放到一些比較沒有辦法控制的囊袋裡面，所以你必須要能夠先確定那個位置，放到那邊才有一定的療效，所以基本上如果直接進到健保給付，我們的確擔心這一切的管制是沒有辦法確實的。另外，他是不是只要訂好這些適應症，因目前的情況還在發展當中，所以我不建議這個時候就放進來，是因為他還沒有很確認。因為你也可以從一般的簡單病況就用，你也可以到很深的囊袋來使用，那就看你怎麼樣在用這些。

主席

如果很深的囊袋，有用嗎？

陳代表彥廷

很深的囊袋，某些情況下很深的囊袋是有用，我們剛開始發展的時候，主要是針對頑強性或者是不易控制的牙周疾病施行，可是他也要伴隨病人相當的口腔清潔的技巧，這些都是配套，所以，我們覺得說這個部分目前直接引用的話，比較容易造成濫用。

主席

那這些規則能不能訂？

陳代表彥廷

目前其實在國際上都不見得是有很確定的，但是他是個治療的方式，所以我

覺得說也許再看看幾年，但是現在就直接從很簡單的症狀就開始用，就真的是濫用。

主席

如果是納入給付，有療效的情況才給付，其他還是不給付。

陳代表彥廷

可是，因為現在這些所謂的適應症還在發展當中，所以我是覺得再過一段時間，再來談，比較合適。

主席

好，醫審藥材組這邊看法怎麼樣？藥材組？

何技正小鳳

基本上，前一次會議當中也有提到這個問題，其實站在健保服務民眾的立場，若民眾需要，廠商都可來函建議納入收載。之前我們已經去文請相關的廠商提出建議，讓我們提到藥物共同擬訂會議去討論收載並訂定相關給付規定，但是廠商目前沒有任何一家有意願提出建議收載。由於我們並不清楚市場上這樣的需求情形如何，所以說就看這個會議如果大家覺得仍然應該要納入收載的話，我們會再次去文請廠商提出建議。

陳代表瑞瑛(代理吳代表明彥)

牙周抗生素凝膠是代理進口，還是國產的？其實日本所有藥妝店都可以買得到，它是成藥。

陳代表彥廷

這個是醫師處方藥，要放到囊袋裡面，不可能是自己買得到。

陳代表瑞瑛(代理吳代表明彥)

其實我自己以前在日本，因牙周問題買牙周抗生素凝膠來用，覺得很有效，但是不曉得是不是一樣？如果是在日本，它其實不貴又蠻有效的，所以我認為這麼重要，又很多人都有這個問題，我不認健保署因廠商不願意來申請，就放棄。因為我覺得你們對西醫是比較嚴格的，如果真的有效，而且可以很嚴格的訂定適應症，我覺得應該要納入健保藥品收載，因為這種病人很多，只是有些他不知道，所以這個是我在日本看到使用的狀況，其實現在很多去日本的人、去旅遊的人，都會帶回來。因為沒有經過醫師用藥的囑咐，當然也不是很好，我也不知道這個在台灣是進口的藥，還是TFDA已經有許可證的？當然，我也認為自費市場還是比較好啊！比較自由，要賣多少錢就可以。如果說真的是這樣，這個不應該，健保署寫到繼續列管，我覺得健保署還要再努力一下，因為我相

信像這種特殊的藥，應該是可以訂定使用的規範跟適應症，這個是我們在醫院協會代表的立場。

黎代表達明

不好意思，剛剛聽到幾位發言，我有幾個迷思，想要釐清一下，第一個就是是不是民眾要求要納入健保給付，這個部分應該要深思的，第二部分是說我們現在討論的這個項目究竟是不是具有真正的療效。我可以坦白告訴各位這個藥我是有用過一段時間，但是我認為它的療效是沒有比我現在一般用的工作的方式來的更好，不是說他沒有效，只是要看每一個醫生治療及使用的方式，有一些的醫生用這個方法配合這個工具，很好，但是這個工具對我來講不是一定有達到一定的意義。就是說，前面有幾位報告，他有療效，但是有時是不確認，不確認的原因，是因為所使用的醫生或是對象，他的要求是不容易定義的，或是不容易執行的。然後，這個是一個抗生素的凝膠，假如我們隨便給他開放或管制不好時，會產生的抗藥性，超過我們能夠控制的，所以站在我的立場來講，不是很建議的隨便就把他變成健保用藥，他只是一個指示用藥，但是應該認真的去好好做控管。再來，費用的部分，剛剛有說廠商沒有很大的回應，由於現在我們是在使用的部分，我們只知道有很多民眾有這個需求，但是不知道真正的需要量是多大，我剛報告過，假如我們目前傳統的醫療做一個很好的基礎訓練或著是有經驗的醫生，其實對這個依賴性不高。它不像某一些疾病需要抗生素處理為準，它是一個選擇性用藥，並不是一個必需用藥，所以呼應主委所提，現階段在發展中，暫時不合適討論正式納入健保，這以上建議，謝謝。

劉代表經文

我想說明一下，那個凝膠跟我們一般的塗抹式的凝膠不一樣，它是一個囊袋注射用的，囊袋注射用的我們認為現在仍然在發展中的原因是，第一它要附著在牙根上面越久，效果就越好，第二個它施放的越平均，譬如說一個月打一次，但每天施放的量是一樣，所以這樣的藥物技術都還在發展中，所以目前來講，如果貿然用公部門的經費做這件事情，可是達到的效果，其實是跟病人有沒有好好去刷牙攸關，那這樣是不是很可惜，所以我想這件事情要先釐清楚，如果病人依賴這件事情，到最後造成了不管是公部門、署裡面或是醫生的困擾，是我們不樂見的，因為打了藥有沒有效？有效，當然馬上就消炎了，可是三天他不好，他覺得這樣很有效，就一直來盧醫生，甚至於寫一些信函或是現在很方便就是一個 Email 到署裡面說這個醫生不幫我做，其實造成很大的困擾跟誤解，因為他為了留這顆牙齒，當然很多人不想拔，他可能打了藥就比較舒服，可是事實上可能是一個沒救的牙齒，他只是在那邊拖拖拖，反而耽誤它應該要治療的可能性，或是它只是變成一個依賴性，以上。

陳代表彥廷

專業上，我們有一些治療的建議，我想我們公會來做這個給民眾的一些說明，基本上，以目前的情況，我們來開放健保放進來，我覺得在濫用這部份是有可能發生的。

主席

所以這個藥應該是處方藥吧？它不是一般的指示用藥，如果指示用藥我們也不付，但是它如果是處方藥…

陳代表彥廷

如果像陳主任那樣塗的方法，就是指示用藥，但我們現在指的是放到囊袋裡面，是注射用藥，陳主任剛剛講的應該就是一般的藥膏抹的。

主席

目前該用藥自費是收多少錢？打一次是收多少錢？

劉代表經文

主席問這個問題問的很好，因為說實在，一個牙齒可能打一整管，也可能只打一點點，所以差異很大。

主席

一個牙齒可能打一整管，也有可能打一點點。

劉代表經文

一管只有一點點。

主席

那一管是多少錢？

林視察淑惠

四次一萬。

劉代表經文

一管可能打全口，也可能打一顆。

主席

幾 cc 啊？

劉代表經文

它有 0.5cc ~2cc 不同包裝，每個品牌也不同，所以這個差異太大了，那我

們最原始以 0.5cc 來看，其實很多病人 0.5cc 就真的只能打一顆牙齒，也偶有可能 0.5cc 是打整口，這個差異太大了。

陳代表彥廷

因為有一種東西是牙周再生的材料，那個是一萬塊。

主席

一次一萬塊？他是四次一萬塊。

陳代表彥廷

我知道目前大概一般的建議是連續四個禮拜，每個禮拜一次，可能再依據口腔裡面有幾個地方需要的，所以那個量就根據他的病情而有不同，那為什麼是這樣？因為他有點取代早些年他們發展的就是試管數每一個人一天吃四次，因為他宣稱可以維持在囊袋裡面一個高有效的劑量維持一個禮拜，但是也會因為病人的病情做一個調整，所以，以目前這個情況，好像真的是有點眾說紛紜。

主席

那像這種要做消炎或是要抗生素，那一般口服的抗生素都沒有效？

陳代表彥廷

不是，因為他的代價太高，因為從口服後腸胃道吸收到血液循環，進到那個路徑達到一個有效的濃度，並且能維持有效的濃度達到一定的時間，可能各方面的代謝的壓力就變得很大，所以這部分它的確是有很多的變異在那邊，那我怕變成像陳主任講的那樣，塗抹的一個情況，那就真的很糟糕，而且現在民眾都希望說有沒有甚麼最簡單的方式可以做這個。事實上，最好的方式就是徹底的治療跟維持好清潔的方式，我們大家好像甚麼都要做特效，其實對大家長期來講絕對是有害的，我們寧可做基本的動作。

施代表皇仰

我想剛剛的討論，想再補充一下，因為我怕大家會誤以為說這個要打下去，然後他就消腫了，其實他是一個牙周病的治療過程的用藥，我們應該要先去除牙齒上的牙結石致病原，初步處理後，再開始用藥去殺細菌，剛剛的討論，大家沒有講到這點，所以我想補充一下，剛剛聽了好像說四次一萬塊，好像說那個醫生把這個藥注射下去，這樣四次就賺了一萬塊，不是這回事，它是一個治療的流程，是一個輔助用藥，真正治療牙周病不是靠這個藥來的。

主席

所以你是說四次，一次兩千五不是只有這個藥的錢？你的意思是這樣嗎？

施代表皇仰

當然，我們治療牙齒的牙周病，需要做很多事情的，它只是過程中症狀治療的東西而已。

主席

好，我們中區的同仁有比較進一步的訊息，要跟大家報告。來，請。

中區業務組 林視察淑惠

其實是有民眾來申訴，表示在做牙周統合照護計畫的時候，診所跟他說要自費一萬塊，所以民眾認為治療牙周病是要自費的。

主席

所以他們做牙周統合照護計畫，還要自費一萬塊？自費調查第一名。剛剛陳代表說不認為很多，可是這是向我們反映的第一名。

陳代表彥廷

看那有多少個案。

主席

對啦！可是這是抽樣，我們中區的同仁也收到這樣的申訴。

中區業務組 林視察淑惠

是的，診所在牙周病統合照護治療時，向患者說牙周病治療需自費九千塊或一萬塊，其中九千塊的是說要治療 3 次、一萬塊的是治療 4 次。經民眾申訴後，診所才說那是要做抗生素凝膠的部分，所以是要另外自費的。

主席

對，這些藥列在這個計畫收自費的 Listing 裡，可是價格上今天聽起來滿昂貴的，所以我們在做民眾的滿意度調查，牙周病統合照護計畫最讓人不滿意的就是收取自費，而且我們調查的時候是沒有金額，所以必須要了解一下。來，呂代表，呂代表是新代表，剛介紹過你，你還沒到。

呂代表軒東

因為是我們理事長說比較忙，所以派我來代表。因為廠商有推銷，所以我有購買一些，但是我個人做法，因為有針在前頭，所以我都請病人都買一整支，如果用不完就讓他帶回去。

主席

一整支是多少錢？

呂代表軒東

我有點忘記了，沒有很貴，因為牌子也很多。我要講的是，我們買那個等於是附加治療，他自己回去打也可以，與他們說的是醫師附帶治療，是兩回事。不過我因為前幾天可能比較忙，腫起來，自己拿來試打真的有效，我吃抗生素 13 天都沒有效，所以我認為它有一定的效應，不過他廠牌很多，他膠針我都採取病人一個，我都會問病人需要用到否，因為是請他自行購買，我只是代為施打。

陳代表彥廷

我從大家剛才的發言，就可以知道變異很大，其實我不認為有那麼大的變異。

主席

這是同一個東西嗎？

陳代表彥廷

不一樣。

主席

但都是用在牙周病，而且都是注射？可以自己打？

陳代表彥廷

不能自己打，因為打在囊袋裡，也不知道在哪裡。基本上牙周病治療，應該做根部治療，也稱之為基礎治療，所以其他東西都不是我們鼓勵的。現在好像有很多東西都把它變成治療的一部分，其實沒有。就像施委員所講，我們真正最基礎的治療就是去除病因，當你因為病人的體質或環境沒辦法做到，又不適合開刀，也許會考慮這個辦法，可是還是會想辦法把大部分東西刮乾淨。我們現在擔心的是，大家就跳開這一步，所有東西都用藥物控制，這對我們來講是無底洞且病不會根治，所以我要強調一件事，就是它會讓大家真的迷失掉。

主席

這樣的話，民眾都接收到這麼昂貴的自費，應該怎麼辦？

陳代表彥廷

我們應該對民眾去做一些教育。

主席

去教民眾拒絕嗎？還是你們應該跟會員就專業上約束使用。

陳代表彥廷

不過回過來，如果民眾都希望說吃藥就好。

主席

這民眾怎麼會理解，一定是醫師告知的呀，會員醫師也需要教育。

陳代表彥廷

所以我們公會要做的是教育的部分，會員也需要。

呂代表軒東

報告主席，我剛話還沒有講完，我並沒有鼓勵說，把它放在健保裡面，原因是它廠牌很多種，所以我剛講到一個重點是，它只是一個藥物選擇之一，並不是所有的病人都願意接受這樣的治療，所以我剛意思是因為它廠牌也很多種，所以作為自費選擇會比較好。如果把它放在健保裡面，將來衍申一個問題就是廠牌價格差異大，在我個人看法來說，有的診所所有附帶這種治療，所以通常是病人主動問這問題，我們才會問他，我們並不會主動跟病人說你需要這藥物，通常他牙周病很嚴重，我們也是按照平常開藥給他。這是最後的立場，不要誤會我剛講的，他雖然有效，但我不贊成它變成例行的用藥之一。

曾科長玫富

我有個想法，會產生這樣的問題，是因為牙周病統合照護計畫把它列到經病人同意可收費的自費項目。至於臨床上，病人需不需要用這個，剛很多委員有講到，是醫師依病人病情或是臨床需要提供，藥品收載是只要列到健保給付，就會強制廠商一定要申請列項，現在可能要考量的是，你是否能在牙周病統合照護計畫的療程內，將這東西列入內含在計畫各階段支付項目內，而且是由牙醫師依病人病情需要的**選項(option)**。如果你有在每個階段支付標準項目內有把它放進去，且是由牙醫師依病人病情需要的**選項(option)**，這樣藥品那邊可能就可以要求廠商要把它列入項目，所以現在根結在這，牙周病統合照護計畫當初可能是尊重牙醫全聯會的意見，把它額外列成自費項目。

主席

對呀，他們列的。

陳代表彥廷

我覺得這完全本末倒置，我們現在牙周病統合照護計畫做的是牙周病基礎治療，你不好好地做好基礎治療，一昧的用藥物來代替，這是不對的，而且我相信有很多的牙醫師跟我一樣，是很完整的先做好基礎治療，當病人有需要時，才會再做這部分，所以它不是統合照護計畫同時做的部分，它不一定是這樣。

牙周統合照護計畫在治療療程完成後，要等一個月的時間再去做評估，那你這每一週一次你要放在哪裡？你是代替那一個月嗎？我覺得太荒唐。

主席

那民眾這些反應，公會這邊認為如何？如果認為不適合拿來當例行用藥或是說特殊情況使用，你們也不建議？

陳代表彥廷

沒有沒有，我們比較強調的是，他應該做好基礎治療。

主席

在某種情況下，你們支不支持醫師可以使用？還是沒有任何情形可以用？

陳代表彥廷

我不能跟你講說某種情況下，因為他不是某種情況下，而且這部分有專業見解的不同，但是你說完全禁用，我也沒有這樣的堅持。只是我強調基礎治療一定要做好。

主席

沒有人說基礎治療不要做。

陳代表彥廷

可是現在說法是只要放進去，就沒有問題。

主席

沒有人講這樣。

曾科長玫富

現在是有些病人，牙醫師專業上判定可能需要用到這個，是可以允許他用，我剛發言的意思，並沒有說強制每個療程一定都要用這個，而是把它變成內含於療程中的選項(option)，依牙醫師專業上判定病人是否需要使用，這樣就不屬自費，就可以列項，是兼顧病人權益且避免可能濫用的方法，但就是要在每個療程支付標準內寫清楚。

黎代表達明

對不起，主席，剛剛已經討論太多了，我覺得我們應該要停止討論，因為我覺得現在這部分，在美國也有很多爭議，如果我們把這些爭議拿來這討論，浪費時間，這第一部分。第二部分，它納入健保給付，濫用的機率絕對比現在使用的更多。第三個，重複剛剛陳主委所說，這藥好像強心劑一樣打進去馬上有效，這是對症狀治療。所以現在很多自費部分都在這裡，就是打完馬上有效，

覺得這醫生厲害。但是現在健保有這麼富有嗎？每個病人，都需要提供這樣的服務嗎？且這樣的服務下面，有沒有非常大的危害？請大家不要讓病人得到這麼快的方便，這樣對台灣社會絕對是一個災難，以上報告，謝謝。

陳代表彥廷

我已請公會把我們牙周病學會目前所知道療效確定的藥品放入手冊裡面了，但絕對不要跟牙周病統合照護計畫混為一談，那如果個別委員如此做，我覺得有爭議。所以我們甚麼東西都用雷射好了？有沒有效？表面是症狀很快就消失，但是沒有解決裡面的問題，民眾也都會要求這個，好嗎？我覺得不宜這樣。

王代表秀貞(代理謝代表武吉)

主席，不好意思，因為剛聽到每一位代表站在他們專業講出來的東西，應該都是正確的，可是大家講的東西又是不一樣，我覺得這個問題可能要切幾個層面，第一個部份對於民眾滿意度的部份，我們應該要去了解，究竟目前有多少的民眾，因為牙周病治療被收取自費，自費的費用是多少，

另外，因為剛陳醫師有特別提到，這樣子的一個凝膠使用，其實是有一些規範存在的，對於某些對象是有適應症，或是他使用的時機點，可是牙周病的治療跟病情的緩減，也不是只有靠這個凝膠，如果我們是討論牙周病照護的部份，我們就要先確定照護的範圍跟內容，還有照護的項目。若醫師都有如實作到了，我覺得那對於牙周病凝膠的部份，聽起來效果不是那麼明確的情況下，我覺得它只能額外去處理，但是額外處理的情況要不要管理？顯然是要，所以我建議說應該要先去調查目前的情況是什麼，剛才陳醫師也有提到，對於會員應該要宣導，對民眾應該要宣導，要拜託全聯會跟健保署來作，因為民眾這一端也搞不清楚。

剛才也稍微問一下，凝膠的部份其實現在各個廠商有一些是屬於指示用藥，有一些屬於處方藥，依健保法規定若屬指示用藥就不該納入，但是指示用藥跟處方藥究竟使用的對象，使用條件又有什麼差別，這部份要在藥物共同擬定會議那邊討論或全聯會可先擬定一套，再來交付討論才有意義，以上。

主席

好，這一項是臨時會討論牙周病統合照護計畫修訂案的決議，列入繼續追蹤，我想請全聯會回給我們一個公文提供我們這些藥品專業上該怎麼用？能不能用？及不能用的理由的專業看法，就各位發言彙總比較好的結論給我們，不要這樣子每個人講的不一樣；另外請藥材組在專業方面也去跟廠商收集一些適應症及價格資料，並請分區業務組收集看看有沒有民眾的申訴，及調查一下轄區的牙醫診所所有做這個的市場自費價格，這三個通通收集到之後，再把這些資料一併移到我們藥品會議的專家再作討論，如果確定這些用藥不適合納入健保，

我們就會做一個不適合納入的決議，這樣好不好？那我們會議紀錄還是繼續追蹤。

溫斯勇醫師

因為是研議，所以後面那兩個，可以把它刪掉？

主席

沒有，是報請本署研議，我們會收集多方意見後研議，研議的結果很多都不納入給付。

溫斯勇醫師

那是記錄部份的內容。

主席

記錄的部份，有需要改嗎？

溫斯勇

聽起來，結論是上次我們就同意納入研議的感覺。

主席

沒有啊，你們不同意研議哦？研議應該是大家要面對的。因為民眾有申訴，研議應該是很中性的，我們寫研議有不妥嗎？其實研議後之結論也可能是不納入，另如果納入，財務負擔增加，無足夠財源，也無法納入。

溫斯勇醫師

如果研議不納入給付呢？

主席

沒有研議，你怎麼有答案？

陳代表彥廷

因為它真的不是只有藥物，以我自己使用經驗來講，如果作好基礎治療，然後有一些比較頑強性的，你要擺到哪些地方，所以你必需有很多診察的動作，找出那些地方來，如果不曉得那個囊袋有一些不規則，這些東西都可能是比較小，所以他不是只有藥物，事實上很多處置跟他探測的東西，所以我真的很擔心，大家只把他當成藥物，因為有相當多人的把他當成藥物，其實他含有很多的處置的內容，所以真的表示大家誤會的很嚴重。

主席

所以才需要牙全會提供專業的答案給我們。

陳代表彥廷

我們會提供目前可以收集到大家比較有共識的部份。

劉代表經文

我們會想辦法給正確答案，不是標準答案。

主席

好，提供專業意見，請問藥品共擬會議，有沒有請牙科的代表參加？

何技正小鳳

這些品項我們已經發函邀請廠商來建議，等廠商建議資料進來後，會邀請專家列席共同擬訂會議討論。

主席

那專家就要請牙醫師參加。

何技正小鳳

會的，像這種給付規定的訂定，都會邀請學會給予建議。

主席

所以全聯會都會獲邀參加，那本會議就先只作收集各方意見的階段就好了，這個會議記錄就改成研議是否納入給付，我們也聽到你們想要「否」的，但是要平衡大家的意見，特別民眾現在自費收的比較多，金額都比較大。好，那請問各位代表，還有沒有其它要修正的部份，那如果沒有，剛剛醫管組這邊記錄就照修正，接下來報告事項第一項。

報告案

第一案 104年會議決議未解除列管事項辦理情形

陳代表彥廷

所列第一案假日查詢院所部分，我現在上APP去查，沒辦法看到，還沒有做嗎？

張專委溫溫

看診時段有改到，現在只是計畫院所名單查詢沒有。

陳代表彥廷

從院所端那邊進去查詢嗎？

張專委溫溫

你進「醫療快搜」後，然後「院所查詢」，下面有個「診療時段」可以點選，例如六/日、上午/下午。在「診療時段」右邊三角形點一下下拉式的視窗，它會讓你選擇星期一到星期日時段，然後可以選上午/下午/晚上。

陳代表彥廷

目前是院所每週開診情況。以前舊的就有該項查詢功能。

主席

可以啦！只是不熟悉，我隨便點一個條件，很快可以查到。

張專委溫溫

Apple 版跟 Android 版可能有點不同。

主席

是可以的！我隨便選個條件就出現很多資訊。

施代表皇仰

就是看 Android 版是不是可以用

主席

Apple 版的 okay！Android 版的我就知道了！

施代表皇仰

主席，關於這個我想確定一下，這個是不是只有醫療院所，沒有藥局的部份？

主席

目前沒有。

施代表皇仰

這個我建議，現在是強制醫藥分業，假日看診也要相對能拿得到藥。例如說這次的年假，台北市可能沒有這個問題，可是花東地區是否有藥局？因為藥局一關，就沒有辦法給藥，可否確定全國的藥局都有列管？

主席

有！有藥局！你在特約類別裡面，就可以找得到藥局。

施代表皇仰

那再麻煩署裡把這個弄得讓一般阿公、阿媽也能看得懂。因為這次年假他們拿不到藥，都罵假日為什麼拿不到藥，叫我們診所給，可是我們診所就不能給。

主席

要再確認一下，藥局沒有服務內容，目前好像查不到，請記錄下來，健保查詢快譯通 App，查詢藥局的功能要再進一步了解一下！好~謝謝！還有沒有？

連代表新傑

請問能不能在服務項目裡面，新增特殊醫療服務院所查詢功能，以利身心障礙的民眾能夠查詢院所的受理項目。

主席

服務項目嗎？

連代表新傑

對對對！服務項目裡面，因為目前沒有身心障礙跟牙周病的院所名，還有口腔癌的院所也沒納進去。

主席

口腔黏膜檢查？

連代表新傑

口腔癌照顧院所，其實這不太一樣，這三類其實目前都沒有納進去，那民眾就醫會比較不方便，謝謝！

主席

這個是專案計畫的部份。這個也是有名單的！

張專委溫溫

”快捷”的意思就是要”快”，所以設計的簡單，有些東西確實在 App 版是沒有把它納進去，如果納進去，設計太複雜，就變成要回電腦版來選擇，電腦版本來就每種計畫院所名單查詢功能。

主席

好！那就是藥局，藥局普遍需求比較高喔！專案計畫不是只有牙醫，各醫別都有很多專案計畫。那這個部份就將藥局查詢功能納入研議。還有沒有哪一位有意見？好，沒有意見，我們就確認了。繼續列管的是臨時會的第三案牙周病這個案子，其他解除列管。接下來報告案第二案。

第二案 牙醫門診總額執行概況報告

主席

好！各位代表有沒有什麼意見？第 44 頁下面，失能老人醫療費用出現很多零，還沒設置完成？105 年的第一季有進展了嗎？喔，104 年第四季及今年的第一季開始會有一些了，好，這裡在重度、在宅的醫療沒有進展。還有醫缺的執行率比較差一點，第三季還在 50 幾%、60 幾%，這個有沒有什麼說明？林代表！

林代表敬修

依據第三季，上次暑假的時候比較少，但我們推估全年大約 90% 的執行率。

主席

推估全年有 90！

林代表敬修

剛剛提到 53% 執行率，是指一般預算移撥專用執行率，我們用一般總額移撥比較多，比較充足的經費，希望能儘量做。

主席

所以真正的，到第三季的是 64%。另外 104 年牙周病統合照計畫，在人次的目標值都達到或超過了！當時目標值可能設得不夠高太低，所以第三季就達到了。

陳代表彥廷

第四季就是剛剛好，第三階段完成率比較高。

主席

好，那大家還有沒有什麼意見？接下來，可能要跟全聯會談一下投影片第 4 張。就是 105 年今年牙醫的協定有三項，第一項就是增加 1.1 億，要用在增加加強感染控制及其他服務利用密集度的項目，以及協調假日看診服務。這一項，因為現在第一季，這一部份沒有任何的作為，一直到今年 9 月協商 106 年預算的時候，就又全部落空了，還有第二項當然就沒有質疑的問題，第三項也要趕快提前來討論一下，要不然真的不知道到時候怎麼辦。

陳代表彥廷

第一項應該是支付標準表的部份，大概四月上路，這是署裡部分。

主席

Okay，那提供假日看診的部份怎麼辦？

陳代表彥廷

假日看診的部份，我們現在在討論，今年有一個類似去提的急診的部份，另外一個是調查現有假日看診的…

主席

現在的意思，不是要把單價再提高，而是要有人提供假日看診。

陳代表彥廷

我們本來就有假日看診，只是讓資訊查詢比較容易。

主席

假日禮拜天很少耶！很低、很低喔！一成或兩成。

陳代表彥廷

很多、很多啊！我們自己期待有人提供假日看診，那最大的問題應該是資訊沒有辦法取得。

主席

現在牙科禮拜天的看診率有多少？我記得禮拜日是一成，還是兩成？印象中是很低，這樣會很高嗎？

陳代表彥廷

我們現在禮拜六都還有 80%、90%在看診。

主席

所以，以這一項協定的重點，你們打算要怎麼樣處理？如果陳代表認為現在就很高了，那這個協定希望能夠提供假日看診…

陳代表彥廷

因為現在講的是協調，是我們要怎麼增加，因為部份委員也不認為該提供這麼多的看診。

主席

健保會有沒有人？有！健保會協定的內涵是什麼？是說現在這樣已經夠了？增加假日看診的什麼？是這個經費就直接把看診費用提高就可以了？還是希望假日看診的診所可以多一點？請健保會說明一下！

健保會 彭美熒

健保會委員是希望，能夠讓民眾在假日如果有看診的需求，能夠有牙科診所或者是醫院可以提供服務。

主席

所以現在全聯會對於現在假日看診的人已經一成還是兩成，請醫管組去查一下。那這樣是夠了，只是資訊不透明，要讓民眾知道開診的診所在哪裡，就可以符合對健保會的期待。他們現在的說法是說，民眾現在不知道假日，那一成、兩成已開診診所在哪裡？假定知道就 okay 了！陳代表是這個意思？

陳代表彥廷

因為重點在於協調各區院所假日的看診服務，我們去年在談的時候有一個問題，可能有些區沒有這麼多或是不曉得在哪裡。所以，去年我們有提了急診的部份，其實後來費用未獲得同意。但還是希望推動，所以我們有些假日看診的急診的處置費用給醫院，所以至少確定有些醫院是有看診的。接下來是有看診的院所，其實部份的是約診的。所以，我們是希望能夠揭露的哪些醫院或診所的看診，是針對一般非約診的。所以我們才有講到 App 那部份，也是個重點。

主席

如果假日看診的都是約診，沒接受一般看診，民眾要看診還是找不到啊！

陳代表彥廷

所以，那些對民眾是沒有用的。我們要揭露的是有接受一般看診的院所。

主席

那這樣，扣掉約診的，假日就連一成、兩成都沒有，可以接受一般門診的就更低了！

陳代表彥廷

這一點我無法確定！

呂代表軒東

我最近診所小姐離職，我去 518 人力銀行，找到 1000 多個，沒有一個願意禮拜天來上班，都說要按照現在政府規定的，要週休二日，連隔週休都不願意！所以要請你們體諒，不是我們不願意，我們醫生沒問題。後來我怎麼看呢？我又要單獨跟病患相處，這也是問題之一。禮拜天小姐說不願意來，另一方面，又要符合政府的規定，這也是我們現在醫生的難處之一。

主席

好！因為這些協定重點，等 106 年要協商的時候，會追蹤這些協商重點辦理情形，特別是第三項牙周病統合照護計畫要導入一般服務。這個部份如果沒有提前作業的話，到時候都會爭議很大，提醒你們現在才第一季，不要到第三季開始協商 106 年的時候才啟動作業，好不好？好！謝謝！其他代表如果沒有意見就洽悉。下一案。

第三案 104 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告

主席

好！謝謝！去年第 3 季點值，大家有沒有意見？全區是 0.98，有 3 區都超過 1.1 塊錢，牙醫真得很好。

陳代表彥廷

因為那個點值的分配因素。

主席

是因為這一季分的錢比較多？

陳代表彥廷

因為這一季可能有暑假的關係，民眾的就醫情況沒有這麼多。

主席

暑假應該大家比較會去？

陳代表彥廷

因為它不是正常的…

主席

寒暑假就醫率會比較高耶！因為大家比較有空看病，尤其是看牙齒，寒暑假應該比較多。

陳代表彥廷

可能是分配到的預算比較高。

主席

第三季顯然是很好啦！有 3 個區，北區、南區、東區都超過 1.1 元，非常好的！好，大家有沒有意見？

季代表麟揚

主席，我看這表上浮動點值，6 區都是高於平均點值，但是到了全區的時候浮動點值是低於平均點值，全區不是前面平均下來的數值嗎？

主席

請醫管組這邊說明一下！

劉科長林義

因為有跨區，分區預算會扣除投保分區至其他分區跨區就醫費用後計算浮動點值，跨區醫療我們是用投保分區前季點值來計算，所以分區浮動點值高於分區平均點值，全區平均點值不一定低於浮動點值。詳細情形請大家看結算說明表。

主席

牙科是因為用藥很少，1 點 1 元的費用很少，所以浮動跟平均點值很接近，這跟其他醫別差異很大。其他有沒有意見？好！沒有意見，就點值確認了，接下來下一案。

討論案

第一案 「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修訂案

陳代表建志

我想全聯會意見，只是要把 3 個月改成 1 個月，健保署的意見，我們看第 84 頁，是把附件的所有的牙醫院所、感染控制的 SOP 作業細則全部改做牙科感染控制措施指引，是不是要把之前所實施的 SOP 作業細則放棄掉？附件跟這兩個是完全不一樣，健保署不應該把這個標題給改掉。所以，我建議這個應該要修正。第二個，我們看第 91 頁裡面，CDC 裡面講得非常清楚，它訂這個指引是提供給各醫療院所做參考使用，而不是一定要做，然後「院所要依實際的可行性跟適用性，做適切修訂內化為作業流程所需。」，所以，不能全部採 CDC 的版本，裡面其實有很多跟我們的現況實施是不一樣的。包括醫策會的 PGY 的訪視，目前也沒有用到 CDC 這個標的。有關分類儲存，請看第 86 頁，其實我們全聯會本來有這個廢棄物的分類，而 CDC 的標準，第 101 頁，那個分類標準不一樣，連廢五金材料也要分類，連我們家用過的通訊器材，也都要分電線電纜。這個標準是不是跟我們的現況不一樣？我們到底要用哪一個版本？我覺得有點納悶，還是維持我們原來的方案，CDC 這個只是讓我們來參考，而不是用 CDC 臨床指引，把我們先前所做的 SOP 作業的流程都否定。再來是說，其實分類的事情是一定要做，在地方的醫療廢棄物委員會裡面，我們做了很多的分類，但倒進焚化爐以後，也是一起燒掉。我從頭到尾都參與焚化作業，因為這些醫療廢棄物是不可回收的，不可回收的東西去做分類，沒有義意，最後還是燒掉。所以，我覺得要提高標準，但不應該提高到 CDC 這個標準，如果把這個名稱全部改過去的話，連第 100 頁規定的牙科治療椅的水質監測都要，那我們是不要是設個實驗室，或請個廠商去做個水質監測？那我們負責感染控制的費用，有提高到這麼高的給付嗎？以上，謝謝！

陳代表彥廷

我們會提 3 個月改為 1 個月，是希望不合格的院所及早更正，是為了就醫民眾的安全，所以我們很希望他們能夠很快地把它改善，請署裡面考量；第二部份是有關於疾管署的牙科院所的感染措施指引，基本上它的層次不一樣，它比較高階，目前衛福部可能會委託我們全聯會研擬作業細則，有點像用圖或者文字敘述一步步把把它做出來，它就會根據這個指引，以目前我們可以上路的要求來支應。版本在修訂的時候，我們會把署的意見納進來。所以，這一部份沒有問題，我們會配合，只是兩個層次不一樣，目前疾管署的牙科感染管制措施指引是比較高階的部份，它沒有提到怎麼作業的部份，實際上，目前可以做得到部份，我們是由目前的作業細則來訂定。至於審查的醫藥專家部份，如果部份需要由我們總額的幹部配合，我們也同意。還有，3 個月改為 1 個月部分，重點希望資料能及早更正，這部份希望署裡面考量。

李代表明憲

主席，首先，非常感謝健保署支持懷孕婦女每 90 天可施行一次全口牙結石清除的服務時間。第二個感染管制方案 SOP，我們希望健保署的各分區代表及公會幹部也參加，可以來做評分，今年是 5/29 在台中會辦一個共識營，去年在新竹，我們同意健保署的規劃，所以這樣在人力方面其實就很夠，不會有缺乏。我們提到一個月是因為我們希望像一般的輔導抽審，爭審是 60 天內申覆，那為什麼這個要到 3 個月，我們希望院所能夠在一個月內就趕快申請複審，如果沒有提出申請，我們可能會移報衛生局，或是再不合格，我們就會做另外的考量，所以我們希望他們能符合這個 SOP 的程序，故要求院所在一個月內就提出申請。在人力方面，大家可以放心，因為目前不合率僅台北分區比較多一點，都只有 5, 6 家，去年台北分區比較多家為 12 家，其實那個量是不大。當然目前 SOP 執行率是 86%，還有一千多家還沒有符合 SOP，我們會再研擬，可能將 SOP 抽查率會從 2% 希望提高到 3%，我們希望他們能趕快符合 SOP，所以希望院所一個月能提出申請。再來，考評表，健保署提出第五項「廢棄物」，有毒廢棄物大概我們牙科就有兩個，就是「銀粉汞粒」和「顯定銀粉液」，我個人認為在疾管署應會要求和不同廢棄物分開處理，所以第五項 C 我們會在共識營提出來，希望把它納進，將有毒的那兩項分出來。第八項，健保署提出 C 標僅有進鍋滅菌沒有標示日期，我們會再提出標示日期；但 B 的話，標示日期可能要兩個禮拜或是幾個禮拜，我們會在共識營或其他會議中在討論。所以這個考評表我們會再研修的更完整，以符合 CDC 的標準，以上。

溫醫師斯勇

主席，請問一下：最後要求的人員，因為寫在一段話內，提到要一到兩位的審查醫藥專家與健保業務組的同仁及公衛幹部？這到底是任選總共兩位，還是至少其中要有一位是審查醫藥專家，一位可能是健保業務組的同仁，然後第三

位，之前都有三位，第三位才是可以是審查醫藥專家，或如果可以再一位公會幹部，能不能明確一點讓我們知道，目前看起來只要有這些人一起出現就可以了。

主席

現在的做法是怎樣？

張專門委員溫溫

兩位審查醫師。

主席

兩位審查醫師及分區業務組，那公會呢？

李代表明憲

沒有。

主席

所以就是三個人嗎？兩位審查醫師及一位分區業務組，那各業務組的狀況怎麼樣？

台北業務組 李視察如芳

台北市分審查醫師兩位，然後我們的行政人員兩位，總共是四位。

北區業務組 蔡視察秀幸

北區目前是審查醫師兩位、分區業務同仁一位，然後再一位是分會的助理，總共也是四位。

中區業務組 林視察淑惠

中區 104 年是審查醫師兩位、分區業務同仁一位，總共也是三位。

南區業務組 唐專員文璇

審查醫師兩位，加上兩位的南區行政同仁。

高屏業務組 施專員怡如

高屏也是審查醫師兩位，加上兩位行政同仁。

東區業務組 劉翠麗

審查醫師兩位，醫費醫科及醫管行政同仁各一位，然後公會會再從旁協助。

主席

所以，現在是沒有標準的嗎？

張專門委員溫溫

第 182 頁感染管控實施方案第四點的二，有規定每組由兩位審查醫藥專家及健保署分區業務組同仁陪同參與訪查。

主席

所以兩位審查醫藥專家是大家共同的標準嗎？

張專門委員溫溫

對對對！

主席

好，那分區業務組要派幾個人，請分區自行決定，有一個或兩個，那分區要派兩個的，就不能抱怨說次數太多會影響工作，其實只要派一個就好了。

張專門委員溫溫

我想現在因為是兩位審查醫師，有分區反映會影響到現在專業審查業務，人力會比較吃緊，所以建議每組由一位或兩位醫藥專家以及健保署的分區同仁，或者公會幹部；或可改為至少一位審查醫藥專家，其他部分就沒有限定人數。

主席

現在兩位審查專家會排擠到專審業務或查核業務。分區的反映是這樣，你們的看法怎麼樣？

李代表明憲

回應一下，那其實這個我們沒有關係，就看健保署這方面的意見，只要說公平，你有受過訓，一位或兩位都沒有甚麼關係。至於我們那邊抽審和爭審部分，因為有一半的醫師是由貴署那邊派任，所以在人力方面都還可以。

主席

所以，現在標準是兩位牙醫師，然後一個…

陳代表彥廷

其實我們當初是採 PGY 訪視的概念，兩位醫師一致那就通過，如果兩位醫師意見不一，就由第三位署的同仁來做裁定，所以我覺得這樣比較好。至於人力部分，我們再想辦法。因為我覺得實務上有需要。

主席

對，還是維持兩位比較好，不然一個人的主觀就決定了，那還是維持兩位，但如果因此排擠到專審或稽核的業務，這部分要怎麼辦？

陳代表彥廷

我想應該還好啦，有哪一區有這樣的反應？

主席

中區是不是有反應？來，中區同仁說明一下。

中區業務組 林視察淑惠

因為 104 年訪評期間比較晚，且集中在一個月需出動十幾組訪評人力，因此就排擠到審查醫師審查案件的部分。但剛剛全聯會有講，今年訪評共識營會提早安排在五月份辦理，所以訪評期間就可提早及拉長，對於審查醫師人力安排應可較充裕點。

主席

那就不要集中在同一個月份，以免造成排擠，那原則上照陳代表的意見，專審的醫師還是要兩個，避免醫師個人主觀造成院所權益受損。我們分區的同仁派一個或兩個自行決定，公會要不要派人，也由公會自己決定，現在只有北區和東區有公會派員。

陳副組長玉敏

主席，文字部分還是把它加進去，分區業務組同仁或公會幹部都列到文字上，好不好？

主席

是 82 頁這裡嗎？82 頁：「每組有兩位審查醫藥專家，及健保署分區業務同仁陪同參與訪查。」這部分就還照舊，公會幹部要加進去嗎？現在也只有兩區有，你們公會幹部還需要去嗎？所以現在這個括弧的修改就不要改了，全部拿掉，就照原條文。至於公會要不要去，就不落入文字，這個確認了。再來，SOP，醫管組的看法怎麼樣？

甯視察素珠

主席，補充報告，當初感染管制方案，請看第 82 頁，方案實施的方式括弧二，有載明是依據疾管署通過的「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，因 104 年疾管署已將這個作業細則變更為「牙科感染管制措施指引」，疾管署對外資料，已看不到這個作業細則名稱，如果牙全會堅持要使用原來的 SOP 作業細則，那文字部分是否要做修訂？因為這個作業細則至少要有依據吧？實施感染管制方案應該要有依據，而感染管控的主責單位是疾管署，所以，一個是整個修改為

「牙科感染管制措施指引」，一個就是括弧二相關的文字說明要修改。

主席

這個是說，原來全聯會是依疾管署通過的 SOP 作業細則，訂定自己的 SOP。那現在疾管署的 SOP 已沒了，計畫參考之依據是甚麼？

陳代表彥廷

衛福部有一個案子讓我們做這個，就是疾管署 104 年通過的「牙科感染管制措施指引」，我們會據以制定一個作業細則。

主席

所以你們現在委託研究做這個？

陳代表彥廷

是的。

主席

那個作業細則將來要取代現在的實施方案嗎？

陳代表彥廷

對。

主席

好，委託是一年的嗎？

陳代表彥廷

對，一年。

主席

今年才要去訂作業細則嗎？

陳代表彥廷

是的。

主席

所以，105 年還是要實施方案嗎？

陳代表彥廷

所以這時要改這個，我們同意。

主席

好，所以要改這個方案也是依據 CDC 的感染管制措施指引，訂定牙醫臨床指引實施方案，是這樣嗎？

陳代表彥廷

這個能不能在共識會議中再討論，五月份再報過來。

主席

那現在本方案實施方式括弧二的部分，要怎麼修？現在變成沒有依據了。

林代表惠芳(代理吳代表玉琴)

主席，這個能不能請於委託案做完後，再來看。

主席

委託計畫是委託計畫，它是要取代實施方案，但是現在依據沒有了，括弧二和括弧三，請研究一下如何修改。如果沒有改，內容是虛的，因為作業細則依據已經沒有了。

陳代表彥廷

用指引來做這件事情吧。指引是存在。

主席

其實疾管署作業細則已變成指引，但是你現在是要依照指引來訂作業細則，以取代實施方案，是在一年之後，對不對？

陳代表彥廷

今年年底的時候。

主席

那就有些尷尬期，文字要怎麼修？會比較好一點，請你們研究一下，以符合實際。好，這個就暫保留。審查醫師方面剛已確認過了，另外三個月改一個月是通過的？

張專門委員溫溫

這不合理，目前我們只有抽 5%去調查，剩下沒抽到的，都是用符合感控診察費去申報。現在才三個月不能給付，其實說不定前面幾個月都不應該給付的，都給付了，所以，現在抽到了，我覺得花這麼多時間和人力下去，不符合者應當給點懲罰，如才一個月不給付感染管制診察費，都沒有一點點懲罰效果。這部分每人次大概差了 80 點左右，我覺得這不應該改。

劉代表經文

我想請問一件事情，如果站在懲罰的立場，我是非常贊成您的想法，可是如果站在我們希望他趕快通過，不要再不合格的立場，那我當然希望他能盡快輔導到合格。

主席

現在是自評合格，然後抽 5%出來，發現不合格，那發現不合格的比例，有多高？

劉代表經文

不合格比例不高。但這個是邏輯性的問題，如果你要我贊成你的邏輯性，我 ok，就是變成一個懲罰機制，但我們原來是希望更多人通過，讓民眾享受一樣的醫療水準，那是不是應該就我們的建議。

陳副組長玉敏

因為現在這個制度本身是鼓勵院所先自評，然後再抽查，假設又這麼寬鬆，只要被評不過，然後一個月馬上就可以複評，那院所可能隨便評就好。而且我們現在才抽 5%，我覺得院所應該自己有責任，在自評時就好好把關。

張專門委員溫溫

不合的，是不是就應該往回追溯來懲罰，如果不這樣，那等於都沒有一點點懲罰效果。自己不合格還寫合格，我覺得應該給一些懲罰，因為申報點數是有差異的。

劉代表經文

我懂你的邏輯，所以基本上，是看站在時什麼立場？只是，你表達你的立場，我們就可以了解你在想甚麼。

主席

所以呢？

李代表明憲

跟主席、幹部報告，去年中區 100%都合格，其他分區只有 3%-5%不合格，我個人認為你一定要趕快輔導院所申請 SOP，至於那個懲罰是另外一個細項，那你們來去衡量。因為他已經不合格，這段空窗期，就拖了三個月才來申請，那我們就規定他一個月就趕快來申請，如果不來申請，我們就移到衛生局那裏去。

主席

有沒有可能就是複評趕快去，趕快合格，但是申報給付晚一點，合格後三個月才能改按符合感染管制診察費申報，就兩邊平衡了。

陳代表彥廷

這樣才是對的。

主席

好，這樣才是對的。但是現在 5%的抽成率還是太低，到目前為止，這麼多年，真的有每一家都抽到了嗎？

劉代表經文

有的抽了很多次。

主席

那些沒有抽到的，到底合不合格？你擔心抽到不合格的，趕快去輔導，但是那些沒抽到的已經三、五年了，都不知道，若是沒抽到的，其實通通不合格怎麼辦？這個問題還是沒解決。

張專門委員溫溫

其實，我覺得應該是反過來講，如果是基本應該要做的，不合格就要懲罰，而不是說合格的給予獎勵。我個人覺得這個 SOP 的感染程序，基本要達成的，沒有達標，給予懲罰，才比較符合原本的意義。

主席

就是要做實的，不要做虛的，只是要把錢花出去的那種概念，現在很顯然主張被抽到不合格的要趕快讓他合格。我反問沒有被抽到，但多少年來不合格的，也都沒有被發現。

李代表明憲

可能有誤會，不是說讓他趕快合格，而是趕快再去抽查，他是否有合格。

主席

對呀。抽到不合格的，我們現在已經同意，只是延後給付就可以了。現在再討論一個問題，那些自評合格，但都沒有去查過，萬一也有一定比例的不合格，那怎麼辦？你們剛關心的，是不合格趕快讓他合格，怕會影響到感控、那一堆都沒有抽到的，不是一直在影響病人嗎？

陳代表彥廷

如果抽樣是隨機的，那就是公平的。

主席

抽樣有不合格率，沒抽到的也有一定比率的不合格，而且存在著，那怎麼辦？

陳代表彥廷

不會那麼高。

主席

我現在質疑的是，抽到的就趕快去輔導他，但是回過頭來要去研究的是這個，感染管控已經施行十一年了，還沒有抽到，不合格的每年都按合格標準申報給付，這是現在更重要的問題。如果這十一年，抽到不合格率都是為零，我們當然是有信心，但是現在隨機抽了十一年，不合格率都還有 3%-5%，我們怎麼會有信心？

陳代表彥廷

我們可以規劃看看，能不能全面抽查。

翁代表德育

主席說得很正確的，那是不是訂定計畫，一年作全面性的普查，之後再維持隨機抽查。

主席

現在是基本要求，是採榮譽制，由院所自評，抽樣方法都有一定比率的不合格，如果將 3 月改為 1 月，未被抽到的空窗期更長，現在隨機抽查人力都有些不足了，陳代表剛提到全部調查，公會可以挺得住嗎？

陳代表彥廷

有些區為零。

主席

中區為零，中區是每年都為零嗎？去年好不容易才為零，沒有每年為零。

林視察淑惠

應該是說，在 104 年度訪評 11 組中，有申請 SOP 的，其不符合率是零。最主要 104 年度訪評審查共識為，以輔導及規勸改善為主，如能承諾立即改善的話，就同意為符合 SOP。且現行考評項目大多只要助理人員口述或僅提供相關書面資料及最基本之環境維護即可通過考評。但 104 年本組曾不定期訪查 5 家有 SOP 的診所，其訪評結果有 2 家診所不合格，其中 1 家，曾在 102 年被考評過，其診間是非常的髒，原認為應不會通過的，但 102 年是以分數評，審查委員以

85 分讓該診所通過；故在 103 年便再把它納入年度訪評名單，卻多次訪評不到；所以在 104 年以約談輔導方式請負責醫師至分區業務組，當天直接會同審查醫師去看該診所的 SOP，訪評結果是沒過的。因診所沒有用消毒鍋，是用甲殼素當消毒液，環境亦相當的髒亂。我們覺得牙醫感控部分是非常重要的，把它列入評查部分，我們也非常的贊成，但訪評一定要落實。

呂代表軒東

報告主席，我在公會有滿長的時間，所以在中區不管哪一類的訪查，我們都會盡量請公會的理事或監事陪同。在我的任內，回來之後，我們都會做一個總檢討，還會邀請被訪查人來參與。我覺得公會的溝通會比委員會更順暢，因為他會覺得公會是站在他這邊，所以剛才公會參與訪察的部分，我認為可以不用列入，但如果公會願意派幹部，是不是請署不要阻止，因為我們回來後，都會再去檢討。另外，牙醫師公會要求我們全部都要參與 SOP，所以有些診所根本沒有申請，要趕在今年一月全部進來，所以有的根本沒有準備要做，這是我們台中市牙醫師公會，回去會再做報告。

林視察淑惠

目前中區只剩下 35 家沒有申請 SOP，申請率為 97.35%。

主席

沒有申請，就不管他的 SOP，我想這件事情絕對不只是表面上看到的抽樣結果而已，陳代表今年總額協議時還爭取到 1.11 億經費，指名要用在感染管制，但現在看起來並不如你們成績單這樣，所以今年要想一個辦法，讓感染感控真的能在牙醫診所落實。因為，我們分區業務組長期陪同你們去，都點滴在心頭，哪個區還要再補充？

施代表皇仰

聽你們這樣講，我是覺得一竿子打翻一船人。

主席

沒有打翻，但至少 3-5%要改善。

施代表皇仰

其實真正去看，我相信不過的比例是很低的，我本身是牙醫師公會理事長，也會跟著出去看，大家是真的有在做感控，剛剛這個問題的癥結點應該是「處罰」。剛有提到院所沒有過，但之前錢領了，因此不希望一個月就讓他過，所以我要強調的是貴署的意見是處罰，我希望不要把他說成，我們沒有把感控做好。

主席

這是兩回事，一個是自評都沒問題，但經隨機抽查後，發現不通過的，雖然下個月就趕緊去輔導讓他能做好感控，但讓給付延宕一、兩個月，等等看大家共識是多久，再寫入，但這個動作還是支持要做，即便審查醫師分散，不要集中在一個月，這樣就不會影響到專審業務，這些都已經沒問題也都有共識了，然後陪同人員也已確定，公會需不需要參加我們沒有意見，那就通通納入大家的意見了。但唯一一個問題，每年都做隨機抽查，都有 3-5%的不合格率，個位數都是抽樣中的不合格而已，十一年來，院所都沒被抽查，也是自評合格的，要怎麼補救？那些絕對不是你在講的個位數，所以需要一個計畫去確認實地狀況是如何？甚麼時候提計畫來做確認？

陳代表彥廷

我們下一次的會議再來討論，看看能不能在一段時間內做普查，如果我們做了普查，之後新加入的，可能從開始加入直接進行查核，這樣就能確保每一家，都有被確認過。

陳代表建志

請教一下，十一年來中區出現的奇人軼事，是一個個案，但如果 3~5%不合格率在國際上到底是高還是低，總不能每年都跑出來一個特殊個案後，就要全國全面普查，覺得要審慎評估一下。

陳代表彥廷

我們現在就是要去去除署裡的疑慮，把全部都看一次，並且之後要加入的，都先看過一次，那就每一間都被確認過，以後的抽樣就是維持水準。

主席

對於根本不登記被確認的院所，怎麼辦？不登記就代表不要來看，反正也不請這個費用。那他的感染管控，要怎麼辦？

陳代表彥廷

即便他沒有來申請，也要符合衛生局的規定。

主席

可是，有沒有人去看？

陳代表彥廷

衛生局有派人看，而且如果有問題，衛生局就會依照權責去做處罰了。所以這部分，並不會因為有這個專案後，衛生局就不做了。

主席

好，我們就針對有申報感控費用的人去做確認。下一次總額研商會議，請公會提案，併同實施方式提出修改。因此，今天先暫緩實施方案的討論，但通過懷孕婦女的牙結石清除。

第二案 「105 年度牙醫門診總額預算四季重分配案」修訂案

主席

104 頁有修正前和修正後的占率。因為新占率，第三季會變少一點，第一季變多一點，這個合理嗎？

連代表新傑

第一季的點值低，因他預算的占率比較低，剛才主席講到第三季我們牙醫師都在放暑假，其實是預算比較多，可以看到第三季減少的幅度是最大的。

主席

大家覺得可以的嗎？如果大家沒有意見，我們就照這樣的占率分配 105 年各季的預算。好，通過。

第三案 牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點修訂案

陳代表彥廷

轉診加成大部分在醫學中心出現，某一些基層的院所在處理上面比較希望到醫學中心處理比較好，這樣的精神我們還是要有，我們來啟動一個機制，一同研商配套辦法，在下一次會議再提出。

主席

原則上，大方向就是作業要點要取消，要放到支付標準裡面，至於如何涵蓋目前轉診的精神以及加成，但附帶的要去考慮這些項目其實都已經調整支付標準，而且都有細分項，包括根管，四根、五根通通都有訂出來，還有單獨項，也調滿高的。所以轉診還是在，但因為已訂很高的費用，再 30% 的轉診加成，整體要考慮一下。我們非常認同牙科有轉診機制的精神，但取消要點，如何放到支付標準裡，是這個案子的精神。

黎代表達明

剛剛署裡面是希望把加成部分拿掉，但我剛詢問我們醫院，目前小朋友也有加成，這有什麼關係呢？第二個部分，醫院很多轉診，還有其他配套部分，不是完全沒有加成，如診察費有再做調整，所以西醫和牙科有很明顯的不同，牙

科都是操作、醫科是看診。所以，假如勉強像署裡面想這樣作業，但我們也要看到目前醫療的整個習慣與習性，或是在技術上的操作是佔很大一部分，恐怕還需要考量我們的特殊性。

主席

牙科有特殊性，你們就要一起考慮，特別區域醫院和醫學中心的牙科要一起討論。有一個重點是，這幾年來已經陸續把困難的服務項目，或者是分類還不夠的，透過支付標準調整，一再調高，這個已經有區隔了，只差有沒有轉診而已。如果已經都調得很高，還有一個 30%，而且支付標準沒有授權去訂要點，這些都有干戈，時空環境也改變了，那時點數困難的沒有調那麼高，還有有些項目沒有分出來，訂定轉診支付標準的時空環境也不一樣，但現在這些環境都已經做了改變，要如何凸顯這個轉診的機制，可能要公會再全盤考慮一下。

蔡代表東螢

主席，剛主席有說這 30%，如果之前的支付標準表有調整過，就不需要了。我對這個有意見，因為這是從 90 年制訂的要點，到現在差不多快 20 年了，那一般的慢慢調整是正常的，跟著物價指數和經濟成長，那如果把 30% 拿掉，其實會影響到很多複雜性的醫療。以我同學在私立醫學中心來講，如果要轉診比較複雜的 endo 案件給他，大致要排三個月，那透過我私人的關係大概可以提早一個月，如果把 30% 拿掉的話，他們大概會慢慢轉向私人的 endo 診所，完全沒有健保的診所，會造成沒有錢的人去醫學中心做複雜性 endo 治療，會排更久，就會排擠到他們的就醫權益。那我們知道 endo open 過後的牙齒，等待時間越久，裂掉的機會越高，這樣會造成病人的權益受損，也可能會造成一些以後的糾紛，因此我會建議要拿掉 30% 部分，我們可能還要再考量一下，哪些項目調整很高，就不需要，哪些項目是應該繼續保留的，尤其是 endo 這個項目。我們台灣的給付其實和其他先進國家的給付來比是差很多的，如果是在私人醫院，他們專科醫師 endo 的薪水是最少的，因為他們都是用 PPF 去算，不可能說他們一個月的業績才做十萬，而植牙的業績做一百萬，但領的錢是一樣的，他們 endo 非常吃虧，因此他們可能會慢慢朝向自費的 endo 專科診所，那個跟在醫學中心的給付差好幾倍。所以如果要把這 30% 拿掉，其實會犧牲掉很多病人的權益，所以我想主席是不是不要說直接要把整個 30% 拿掉，還是要考量到各科別的特殊性。

主席

謝謝你的意見。沒有說要把加成部分全部拿掉，而是要通盤考慮，要把轉診的機制留著，30% 要怎麼改，你們一併檢討，看是項目或比例或其他的，我們都沒有預設立場，但事實上，要考慮時空背景的改變以及這個案子還要不要適用。如果確定我們的作業要點是要取消，要如何寫入支付標準才比較貼切，我們全部沒有預設立場。剛剛那位醫師提到不要影響窮的病人的權益，一定要納入考

慮，民眾的權益很重要。

王代表秀貞(代表謝代表武吉)

談到分級醫療，社協代表不發言太奇怪。分級醫療是很重要的，但確已經空轉 20 年而無具體作為，因此我覺得取消這個要點及把它納入支付標準是有必要的，並希望在未來可以有比較具體的執行。轉診是關乎疾病嚴重程度和個案複雜性，基層醫師認為有需要才會轉，這就是分級醫療的概念，希望未來研擬的時候，如何在個案不同的疾病嚴重程度上有一些分別，還有不一定是牙科嚴重度的關係，而是個案具有其他疾病或有特殊的情況而需要轉，此類弱勢的病患在未來納入支付標準會有比較好的保障。

至於加成部分，如果在合理的狀況下，我們對於重病或者病情複雜個案是需要給予加成的，但這個加成的程度，或比例要如何調整，可以在下次會議中，大家有比較具體的方案後，再來討論。

主席

謝謝，這些建議都很好，再請全聯會一併納入參考，麻煩下一次會議前，提出草案後一起討論，那這個案子，我們今天就先暫保留了。那有沒有臨時動議？

徐代表邦賢

我沒有臨時動議，但想藉這個機會發表，我是南區代表，身處此次地震的災區，謝謝過年期間健保署南區業務組的配合，配合我們牙科在做大體鑑識時提供資料，而且真的有成效，其中一些個案，真的因為牙科的鑑定，而確定罹難者的身分，因此藉這個機會，謝謝健保署南區業務組的同仁年假時特別的支援，謝謝。