

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

105 年度第 2 次會議紀錄

時間：105 年 5 月 24 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

列席指導：李署長伯璋

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	翁代表德育	翁德育
吳代表永隆	吳永隆	莊代表志強	請假
吳代表成才	吳成才	連代表新傑	連新傑
吳代表明彥	吳明彥	陳代表建志	陳建志
呂代表軒東	請假	陳代表彥廷	陳彥廷
呂代表毓修	呂毓修	陳代表義聰	陳義聰
李代表明憲	楊文甫代	彭代表啟清	彭啟清
杜代表裕康	請假	黃代表福傳	黃福傳
阮代表議賢	阮議賢	劉代表新華	請假
季代表麟揚	季麟揚	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	林俊彬	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表富滿	林富滿	黎代表達明	黎達明
林代表惠芳	林惠芳	謝代表武吉	謝武吉
林代表敬修	林敬修	羅代表界山	羅界山
施代表皇仰	施皇仰	龐代表一鳴	龐一鳴
徐代表邦賢	徐邦賢		

列席人員：

單位

衛生福利部

全民健康保險會

疾病管制署

出席人員

蘇芸蒂

彭美熒

徐士敏

中華民國牙醫師公會全國聯合會	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	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	
本署東區業務組	
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
本署醫務管理組	陳玉敏、陳真慧、劉林義、谷祖棣、 甯素珠、洪于淇、劉立麗、李宜珊、 林沁玫、林 蘭、黃曼青、宋兆喻、 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：洽悉。

參、報告事項

第一案

案由：歷次會議決議未解除管制事項辦理情形。

決定：

- 一、除牙周病統合照護計畫醫師名單或執業執照異動函報核定作業簡化乙節，繼續列管，餘解除列管。
- 二、牙周病抗生素凝膠及消炎凝膠維持不納入健保給付，惟請於牙周病統合照護計畫修訂時，納入該藥具療效者適應症及參考價格區間等資訊，並請牙醫師公會全國聯合會加強宣導。

第二案

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：

- 一、請醫審及藥材組評估可否提供104年各分區、各層級別抽審比率資料，於下次會議提出說明。
- 二、請牙醫師公會全國聯合會於下次會議報告牙醫師居家醫療的進展。

第三案

案由：104年第4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。

分區 年季		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
		104Q4	浮動點值	0.9279	1.0103	0.9890	1.0202	0.9846
	平均點值	0.9328	1.0138	0.9882	1.0196	0.9859	1.1383	0.9772

肆、討論事項

第一案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」修訂於支付標準案。

決議：

- 一、牙醫專科轉診加成作業要點之內容列入支付標準第三部牙醫通則如附件 1，其中醫師資格由牙醫師公會全國聯合會再與本署研議。

- 二、執行轉診個案服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，附表 3.3.4 牙醫醫療院所轉診單配合同步刪除。
- 三、原要點中有關申報量限制規定及罰則，回歸醫審及查核規範處理。
- 四、本次轉診項目較原範圍多，實施後應加強監控申報合理性。
- 五、有關申請表及轉診單格式，請牙醫師公會全國聯合會與健保署確認後，週知會員。

第二案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：「牙醫門診加強感染管制實施方案」及「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」檢討修訂案。

決議：

- 一、牙醫加強感染管制實施方案修訂(如附件 2)摘要如下，請辦理公告修訂。
 - (一)考評不合格者，停止給付感染管制診察費一個月後方得申請複查；複查通過次月起 2 個月方可再行申報該項費用。
 - (二)申報加強感染管制及未申報加強感染管制之院所抽審比率，均調整為 4%。
 - 二、牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表中完善廢棄物處置及器械滅菌消毒建議修訂部分，於 106 年納入修訂，並請於本年第 4 次研商會議前提案討論。
- 伍、本次會議發言實錄摘要如附件 3。
- 六、散會：下午 5 時 40 分

通則：

- 一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。
- 二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。
- 三、牙科門診之專科轉診加成作業，依「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」執行。
- 三、牙科門診專科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報30%加成費用。

(一) 醫師資格：(待議)

(二) 轉診範圍，限於下列之專科與項目：

1. 牙髓病科：依支付標準表第三章第二節根管治療(排除 90004C、90006C、90007C、90088C)，及 91009B、92030C~92033C。
2. 牙周病科：依支付標準表第三章第三節牙周病學申報(排除 91001C、91003C、91004C、91088C)，及 92030C~92033C。
3. 口腔顎面外科：依支付標準表第三章第四節口腔顎面外科申報(排除 92001C、92013C、92088C)。
4. 牙體復形科：依支付標準表第三章第一節牙體復形申報(排除 89006C、89088C)。
5. 兒童牙科：十二歲(含)以下經轉診處理上述項目，得申報加成。

(三) 轉診單開立後三個月內應至受轉診加成之醫療院所就診，否則無效。

- 四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十30%給付，若同時符合轉診加成者，合計加成60%。
- 五、診療項目備註中有關期間天數之定義方式：三個月係指九十天，半年係指一百八十天，一年係指三百六十五天，一年半係指五百四十五天，兩年係指七百三十天。每年係以日曆年計。
- 六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

一、目的：

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

二、本方案實施方式：

- (一) 宣導教育方面：由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，簡稱牙醫全聯會）開辦加強感染控管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染控管制講習會推廣。且由牙醫門診總額受託單位製作「牙醫院所感染控管制 SOP 宣導手冊」核發予各牙醫院所執行。
- (二) 牙醫門診總額受託單位（牙醫全聯會）參採衛生福利部疾病管制署之牙科感染管制措施指引，訂定之「牙醫院所感染控管制 SOP 作業細則」，訂於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。
- (三) 特約院所依本方案「牙醫院所感染控管制 SOP 作業細則」（附件）執行，並依「牙醫院所感染控管制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者（無項目得 D），應將考評表函送保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報「符合加強感染控管制之診察費」支付標準表項目。

三、本方案監控方式

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

四、感染控管制 SOP 審查標準

- (一) 依據「牙醫院所感染控管制 SOP 作業自評表」之軟硬體方面共計 14 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。
- (二) 每組由二位審查醫藥專家及健保署分區業務組人員陪同參與訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分

之人員，需於抽查前參加審查共識營。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。評分方式採共識決，任一項得 D 者則不合格，自文到次月起不得申報「符合加強感染控管制之診察費」（不追扣之前申請之費用），二個月一個月後得申請複查，通過後須於文到次月起二個月後得再行申報該項費用。（如 2 月 5 日通過，則自 5 月起再申報該項費用）

(三) 請依考評表內之評分標準進行查核。

(四) 訪查抽樣比例：由分區共管會討論結果辦理，惟申報加強感控院所抽查不低於 5% 4%，未申報加強感控院所抽查 2% 4%，未訪查之院所優先辦理訪查。

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

六、本方案由中央健康保險署公告，併送全民健康保險會備查，修訂時亦同。

附件 牙醫院所感染管控制 SOP 作業細則

● 每日開診前

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

● 診療開始前

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

● 診療中

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

註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義如下。

- 公筷母匙：共用之醫療藥品或用品，應備置公用之器具分裝，以保持衛生，避免傳染疾病。
- 單一劑量：於正確的時間給予正確的病人，正確劑量的正確用藥，亦即醫療藥品應準備患者一次使用完的劑量（如注射劑），以提高醫療的服務品質。

- 單一流程：以單一順序流程，依一定順序逐步執行。
- 減少飛沫氣霧：使用適當的防護物品，避免暴露於血液、唾液和分泌物、飛沫及氣霧。適當的防護措施如戴手套、口罩、護目鏡、面罩、隔離衣及避免被尖銳物品器刺傷等，均可避免感染之機會。

● 診療結束患者離開後

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

● 門診結束後

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

● 針扎處理流程

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

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

- 1.診所每天之垃圾量及內容物。
- 2.看診人數、時間、流程及診所之科別性質。
- 3.診所內之人力配置與工作分擔情形。

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計劃。

步驟二：垃圾分類

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

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

步驟三：不同之貯存容器與規定

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

步驟四：垃圾之清除

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

達七、八分滿，則每天至少要處置一次。

- 3.若無法每天清除，則需置於5°C以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。
- 4.在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

● 牙科手機高溫高壓滅菌

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

● 牙科器械消毒滅菌

- 1.依滅菌消毒原理將牙科器械分成三大類如下

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

- 2.器械使用完後，初步分類，並浸泡「維持溶液」內，等待清洗。
- 3.清洗人員穿戴手套及口罩，以刷子及清水清洗器械表面之唾液及污染物，或置於「超音波震盪器」清理。
- 4.器械洗淨後，擦乾，有關節器械上潤滑油或防鏽油，並分類打包，依序放入各式消毒鍋進行滅菌消毒工作。

5. 高溫高壓蒸氣滅菌鍋：

- (1) 將清洗好器械裝入無菌顯示管袋包裝後或用包布打包並填上消毒日期。
- (2) 定期或不定期在鍋內放置「化學監試劑」或「生物監測劑」，與器械一同進鍋消毒滅菌約 20~30 分鐘。
- (3) 應將定期及不定期消毒滅菌成效結果記錄，並存檔備查。

備註：有關第二項內容之「化學監測劑」包括紙片、卡帶、溫度指示劑、蒸氣鐘、試紙等,依第十點規定，每天至少一次隨鍋消毒滅菌；而「生物監測劑」因需時間規劃與設計，故現階段以醫院牙科先行辦理，診所部份待下年度之相關措施備妥後再行實施。

6. 卡匣式滅菌快速鍋：

- (1) 將器械之軸心處加潤滑機油以防生鏽，裝入無菌管袋消毒包裝。
- (2) 定期或不定期在鍋內放置「化學監試劑」或「生物監測劑」，與器械一起進鍋消毒滅菌約 10 分鐘。
- (3) 應將定期及不定期消毒滅菌成效結果記錄，並存檔備查。

備註：有關第二項內容之「化學監測劑」包括紙片、卡帶、溫度指示劑、蒸氣鐘、試紙等,依第十點規定，每天至少一次隨鍋消毒滅菌；而「生物監測劑」因需時間規劃與設計，故現階段以醫院牙科先行辦理，診所部份待下年度之相關措施備妥後再行實施。

7. 乾蒸性之滅菌器(dry heater)

- (1) 專門消毒矯正器械
- (2) 以清水去除矯正器械外表之口水或血液。
- (3) 將矯正器械放入含震盪清潔劑(ultrasonic cleaner solution)之「震盪器」震盪五分鐘。
- (4) 再以蒸餾水沖洗乾淨。
- (5) 用乾布及吸氣將矯正器械面徹底吹乾，尤其是「關節」處及「切面」。
- (6) 矯正器械放入「消毒架子」，避免器械及器械碰觸。
- (7) 進鍋消毒，375°F，20 分鐘。
- (8) 以「潤滑劑」潤滑器械「關節處」。
- (9) 放在「使用架」供臨床使用。

8. 無法經高壓高溫滅菌之器械則改由化學藥劑滅菌(如:浸泡用戊二醛溶液)。

- (1) 將器械(如:橡膠製品)用超音波洗淨器震。
- (2) 集中泡入戊二醛溶液藥水之有蓋器械盒內 10 小時。
- (3) 再用鑷子取出器械並以蒸餾水沖洗。
- (4) 藥水至少兩週換一次並於器械盒外標示更換日期，若太髒則隨時換。

9. 消毒後器械之處置：

- (1) 乾燥及冷卻：加熱型蒸氣滅菌器之器械包需乾燥並冷卻，目前已有許多滅菌器連帶自動冷卻烘乾系統。
- (2) 貯存：將滅菌後之器械放置乾淨乾燥密封處或紫外線箱，拿取時以「先放先取」為原則；貯存時間不可過久，打包袋不超過一個月；布包,紙包不超過一週；其餘不超過四天，如管袋包裝之器械，原則保存最多半年即要重

新消毒，並寫上日期。

10. 監測:

(1) 每天例行以高溫高壓顯示帶(蒸氣鐘試紙)測試溫度及壓力，並記錄之。

(2) 每月以生物培養試劑；測試；送供應室培養判讀並記錄之。

11. 若監測發生異常，表示滅菌器有問題，則停止使用滅菌器，並同時通知廠商維修滅菌器。

12. 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。

13. 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。

醫療機構應訂定員工暴露病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防、追蹤及處置標準作業程序。

14. 醫療機構應訂有員工感染管制之教育訓練計畫，定期並持續辦理防範機構內工作人員感染之教育訓練及技術輔導。

前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。

15. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備 (PPE) 及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。

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

壹、主席致詞

主席

各位代表、醫管組還有分區業務組同仁大家午安，我們今天召開牙醫門診總額研商議事會議今年的第 2 次會議。很高興我們新任的署長上禮拜 5 月 20 日交接，這禮拜就參加我們的會議。我們請署長跟大家說說話。

李署長伯璋

主席、各位同仁大家好，我剛接這個位子，我的心態是怎樣能讓台灣的醫療生態更好，當然各個領域對健保都有很多期許，各位未來不要客氣。我認為健保很龐大，如何對台灣病人提供最好的照顧，是我們的目標。就我所知，牙醫部分大家都做得很好，因為都有控管，當然西醫方面，因為有醫學中心、區域醫院、地區醫院跟診所，面對挑戰也很多。拜託各位，牙醫做這麼好，也有很好經驗，大家互相幫忙，不論醫師、牙醫師或藥理部分，其實都可以溝通。等下主席繼續主持會議，我在旁邊學習，謝謝各位。

主席

謝謝署長，署長今天要全程指導，現在正式開會，先進行上次的會議紀錄確認。各位代表對上次的會議紀錄有沒有問題？如果沒有問題，我們就確認，現在進行報告事項第一案。

參、報告案

第一案 歷次會議決議未解除列管事項辦理情形

主席

謝謝，有關歷次會議沒有解除列管事項之辦理情形，大家有沒有意見？有關第 2 項牙周抗生素凝膠跟消炎凝膠部分，現在看來，分區業務組詢價的結果差異非常大，兩千到兩萬之間。醫審及藥材組有沒有要補充的？

何技正小鳳

報告主席，跟大家說明一下，經查詢 TFDA 資料，目前牙周抗生素凝膠在台灣有四項產品，針對這四項產品我們有向許可證持有藥商詢問，這些藥品公司都表示藥品是透過經銷商販售給牙醫師，因為是商業機密，不方便提供我們售價。所以我們去查健保核價時參考之 10 個先進國家資料，只有一項產品有查到日本之藥價，每支 0.5CC 折合台幣大概是 164 元。由於這類藥品適應症是牙周炎的輔助治療，只限牙科醫師使用，因此，我們正式去函這四家藥商，請他們提出健保收載建議，但是都沒有任何回應，經我們電話詢問，都表示沒有意願加入健保。由於所有藥品收載的相關資料，包括藥品許可證、藥品是否符合 PIC/S GMP 等資料，屬於藥商許可證持有者的智慧財產，如果他們不提供，我們也沒辦法進一步去收載。前次會議後我們再次電話聯絡藥商可否做建議收載，他們仍然沒有正面的回應，以上說明。

主席

所以這項目其實收載的進度是無進展~。有關這一項，牙醫師公會全聯會、還有台灣牙周病醫學會來函就附在後面，這部分大家有沒有其他建議？

林代表俊彬

針對這議題，我做了一些研究，包括詢問牙周專家，也參考一些較新的文獻。我認為暫時還是不宜納入健保，因為這些看起來是屬於較新的輔助治療，效果並不太確定，且目前看起來有點爭議，所以如果把它納入健保，可能會有濫用情況，這樣並不好。另外，口腔細菌應達到一個平衡，如果常用抗生素未必是好事，所以我覺得是不是有可能請牙周病學會針對這個問題去規範一下比較好，納入健保實在不宜，這是我個人看法。

主席

謝謝林教授，其他代表還有沒有意見？這一項因每年做滿意度調查時，牙醫自費一直都是金額大、比例又高，應該3、40%跑不掉。

翁代表德育

我想請問我們滿意度調查裡面有關自費比例是高達30~40%嗎？我想請教一下，因為根據以往作的資料調查來判斷應該是8~9%而已。

主席

因為這含假牙、矯正等金額，我們講的是金額，但並不是講這項。

翁代表德育

這金額的佔率是依據哪一部分？民眾怎會知道他自費的金額占率是多少？我的意思是，如果根據我們滿意度調查的部分，民眾在牙科方面有自付比率的人數的百分比大概是8到9%~

主席

最近一次調查結果是8~9%病人反映有自費。據分區的回應，牙周病抗生素凝膠收費差距蠻大，可能有些含療程，有些是不含療程。講到抗生素健保不給付很奇怪，可是現在專家表示此類抗生素療效不是非常確認，牙周病學會也建議不宜納入健保給付，我們收載的進度也不如預期，因沒有廠商願意提供資料讓我們核價，所以，這項繼續列管，大家看法如何？

林代表惠芳

從利用者的角度來看，我覺得這項影響到的人口看起來不多，然後從專業組織的意見好像效果也不好，很擔心它其實只是輔助治療，如果一旦給付，民眾會不會誤以為只要有這種治療，就不用基礎治療，我比較擔心民眾的觀念會被誘導或誤導。再加上藥商也不願被收載，我們是不是就可以決議暫時不納入。我記得上次已經討論，看起來專業意見看法也蠻一致，民眾的影響看起來也未超過十件，且藥價在區域裡差異這麼大，我覺得這中間一定有一些問題。我覺得這攸關健康，還是要有實證基礎，如果實證基礎還無法證明有效，從使用者立場我也會很擔心，這樣會不會有其他不好的效果發生，所以我覺得如果國內

只有這四家廠商不願配合，再這樣下去，也不會有新的進度，這會消耗我們太多的能量，是不是可以同意不納入？

主席

好，多數人都贊成不納入健保，有沒有人反對？

朱代表日僑

有一點請考慮，現在該類(藥)品尚未經過共同擬訂會議討論，值得關注的是，一個療效不太明確的品項，在自由市場上使用，如果它的療效不能進一步明確化管理，由醫師向民眾收取自費，請斟酌如何妥適處理？

主席

這部分健保不給付是一件事，現在有人質疑沒有健保，在自費市場裡，專業上有沒有要約束的地方，因為看起來療效不明確，還有潛在的副作用，產生的抗藥性風險這麼高，我們專業團體有沒有可能來約束？姑且不論大家收費的差異很大，民眾其實資訊是不對等的，所以公會或學會這邊，有沒有什麼想法？

陳代表彥廷

這部份我們全聯會會跟牙周病醫學會合作，擬出專業的意見給民眾及牙醫師參考，讓他們知道，我們對於目前這樣的劑型使用的方式及專業的觀點。

主席

要怎麼樣把資訊送達給民眾們知道？

陳代表彥廷

因為目前健保沒有給付，所以我們會透過公會平台，讓大家知道，如果有必要的話，在年度的記者會再做一次宣導。

主席

最主要要讓民眾知道，因為有時候醫師的說法，民眾不清楚，他會接受的比例是高的，因為他會相信醫師的建議。另外在收費上，有沒有什麼想法？因為這收費差異很大。

陳代表彥廷

因為這個跟各縣市衛生局的核定有關，收費差異確實很大，使用上可能是一顆牙或一口牙，所以可能詢價方面不是問得很精確，第二個如果是藥局買得到的，顯然就不是我們講的東西，因為它是注射劑，一定要牙醫師放到深的囊袋內，所以我很難想像，在藥局怎會買的到，藥局買的價格可能更是失真了。另外，跟大家說一下，我們 2015 年教科書有寫，有很多被測試的這類歐美的藥物已退出市場，所以我們不主張濫用。

主席

退出市場是因為療效不好嗎？

陳代表彥廷

有很多的爭議啦，因為它非常的 critical，所以我們不主張它濫用，以上。

龐組長一鳴

這件事情的討論，我記得剛開始有個理由，就是牙周病統合照護計畫提到，治療過程中，醫師依病人特殊需要可以…包括用牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠，原來寫法沒有講得很清楚，就是特殊需要。剛剛陳醫師也說要跟學會做一個明確規範，如果這段文字還要維持在計畫內，我建議可不可以再去修改，將剛剛討論可能會改的內容或規範加到計畫內，讓大家會比較清楚知道適用的狀況。

曾科長玫富

主席，我再補充說明一下，剛我們藥品科同仁有講，十國藥價裡面，日本是有規範 0.5 毫升的規格價格是 164 元台幣，就算依專業，大家都認為暫時不納入健保給付，但是對民眾收取自費這邊，建議牙全會做一個原則性規範，至少讓民眾被收自費的價格能齊一，不要太離譜。以上說明，謝謝。

主席

好，有關牙周病統合照護計畫能夠收自費的項目，抗生素凝膠是其中一項，所以如果民眾同意，自費有四項，包括抗生素凝膠、美容、再生手術、去敏感治療，現在抗生素凝膠、牙周消炎凝膠同意可以收自費，但沒有明白告訴有療效還是沒療效，而且價格又差別很大。所以如果療效有爭議的，一定不納入健保給付，可是這會有誤導，一定要修，怎樣讓民眾知道當牙醫師鼓勵你要做這個時候，正確的態度是什麼，還有我們醫審小組建議日本的價格給你們參考，這部分有沒有空間可以做個規範，同儕制約一下。

陳代表彥廷

不過這是各縣市衛生局有一定的標準，而且現在用單一的藥品，是不是我們的藥品還得再 check，再來，它不是買一盒就好，我一直覺得很奇怪，為什麼健保一定要陳述出來，它收費標準是由各縣市衛生局在訂，我們會寫是適應症問題。

主席

好，這部分原要研擬納入健保給付，既然多數代表同意暫時不列入，所以這一項就解除列管。但是解除列管的同時，要去修訂牙周病統合照護計畫，並請公會能夠為民眾跟醫師各有一個說帖，讓正確的知識可以傳遞，也達到同儕制約的效果。因為這樣做的話，醫師要做的時候比較審慎，另外價格上是不是也有一個參考的 range，雖然沒有辦法一致，但是有一個參考 range，民眾比較不會在資訊不對等的情況下付出很多的金錢，接受不一定有療效的治療，這樣可以嗎？這一項就列入我們解除列管的附帶建議。希望牙全會利用適當機會對民眾做溝通，讓民眾知道，而不是只是召開記者會之類，因為牙周病中老年人居多，會碰到這種機會多，所以請公會幫忙。

另外研議藥局可否納入健保 app 查詢當日營業時間功能，目前已可以查到藥局電話、地址及地圖，但是如果要查每個藥局的營業時間，因為家數太多，比較困難，而且藥局為了營業，現在都兼賣雜貨，不會像診所會假日休診，所以

會開比例較高。原來是希望能夠調查藥局當日營業時間，讓大家找得到，但顯然有困難，這部分大家有沒有意見？如沒有意見，我們這項解除列管，好，進入報告事項第二案。

第二案 牙醫門診總額執行概況報告

主席

謝謝同仁報告，各位代表對這個報告內容有沒有意見？

陳代表建志

謝謝，非常詳細的報告，我想做這報告蠻辛苦，我也拿到這本，大概 344 頁的滿意度，也把它看了。其實跟歷年所提的一樣，我一直期待樣本數能夠多一點，以前有做到 4 千多個樣本數，最低是 1 千多，這次 2 千多還好，期待能夠做到 4 千多，因為樣本數越多的話代表性比較好。我們看第 32 頁，蒐集樣本部分跟往年一樣，這邊沒有呈現，所有的年齡層分布還是跟以前一樣 0~14 歲還是占最多，當然沒有在這資料裡面，但在滿意度這本裡我看到 0~14 歲佔了 18%。我之前也提過 0~14 歲的孩子對健保這些滿意度，會影響後面包括自費及假日的答題，問題是這些年齡層一直是最高的，我們需要的那些年齡層答題的部分比較少。我們看第 36 頁，第 39 張投影片，剛提的部分負擔以外還有付其他費用部分，我很納悶我看了這本資料不是這個表，豈然我們部分負擔規定是 50 元，但是問卷裡面有問有沒有超過 50 元或繳過 50 元，超過 50 元當然不多~所以問卷這部分我是覺得問有沒有繳 50 元，不用問超過 50 或多少。我還比較納悶一點是說我們的兩千的樣本數裡面，民眾不知道什麼是部分負擔的人數竟然將近 40%，這等於是說健保直到現在有 8 百多個牙科民眾不知道什麼是自費什麼是部分負擔，這我就覺得很奇怪，這問卷會影響後面答題，他們自費部分是不是民眾不是很清楚，所以我們兩千裡面有 179 個自費病人當然只佔 8.9%，不是 40%，179 個裡面有 22 個回答他不知道，有一個是拒答，所以這些對自費的部分回答是模糊的，所以樣本數是變更少，用這樣推估說他們所做的假牙、矯正或是根管治療，其實那些樣本數真的沒有什麼代表性，我剛算在座就將近 50 幾人，問了一百次，不如問我們這些人，不用這麼辛苦~如果樣本數這麼低的話。之前我們每年都有在做這個，我還有很好玩的，就是有一年植牙樣本數剛好就是零，那一年代表全國都沒有人做植牙嗎。所以這樣我覺得如果樣本數不足的話，我擔心會被其他單位拿出來說有 43% 自費部分等等，其實是代表性不好。而且他問的部份這民眾回答是多選的，而不是單一選擇，如果他有做假牙、植牙或做矯正，他都可以回答他有，所以占率加起來是超過 100%，包括自費部分，而不是加起來剛好是 100%。至於假日看診的部分必須整體，就是從之前，現在已經改善好多，從 40 幾% 民眾有需求，現在已降到 35% 民眾有需求。我還是覺得這問卷這樣問是不好，因為他現在是在問你這些民眾 100 人裡面有 35 人他認為假日有需要，這 35 人再問說確定有需要嗎，然後就變成 20% 認為有需要，變成越問人數越小，如果真的問到 10 個人，其中有 8 個認為假日有這樣的需求，難道就變成 8 成？所以我認為這樣一直切割又切割，但是問到占率是用切割的占率去算

的話，會讓沒有把這 344 頁看完的人認為說怎會這麼高，約有 80% 的人認為假日看診不方便，我們還是用母群體數去當樣本呈現會比較好，而不要用切割的樣本數當分母，是要用整體的總樣本去當分母，我提出以上的看法，謝謝。

主席

有關陳代表提到 0-14 歲部分，是不是有點誤解？請劉科長說明一下。

劉科長林義

關於滿意度的問卷調查，我們是委託公正的學術單位進行調查，也有一套完整的抽樣方法，且會和母群體的分布做配對校正。關於回應樣本數做到兩千人不夠部分，其實每個總額都做到兩千人左右，因他們有將抽樣與母體作檢定，我們覺得還是可信的。另外代表講到自費的部分 179 人，占率僅 8.9%，你們可能認為分母數量多一些，占率可能降低一些，但我們可以看前幾年，抽樣 1 千多時，自費的比率也是 7% 左右，所以今年 8.9% 是有約略的增加，我們覺得這還是在正常的範圍內。有關假日休診感到不便，新發的資料中，我們已經分成三段，我們兩次改變了問項的方式，101 年以後，直接問是否有假日看診的需求，其中大概六成的人回應假日休診感到不便，因此這個問題延續了三年。後來總額部門覺得這樣問法會造成民眾被誤導，因此改成假日看診是否真有需求，並且找不到醫院看診的，再繼續問下去，這些題目都有經過層層的考慮，假如大家還是覺得有不妥的地方，我們每年都會再徵求各位的意見，以上。

主席

還是沒有回答 0-14 歲，代表剛才第一個在問我們 survey 0-14 歲，但其實不是這樣，請再補充說明一下。我們應該是訪問他的照顧者父母，不可能訪問 0-14 歲，因為這樣的結果不一定可信。如果不能馬上回答，等一下確定後再回答，請問其他代表有無其他問題？

連代表新傑

請問主席第 25 頁的第 17 張簡報，今年 105 年 1-3 月的費用表之診察費，我們去年最後一季調過支付標準，診察費是從 4/1 才公告實施，所以目前的適用公告之前的診察費，對嗎？可是我們當初第四季在估算診察費影響是用全年來估算，請問我們是要把 1-3 月的診察費追溯回去呢？還是以後第四季在估算時，僅估算三季就好？因為你用四季，但明明第一季完全是沒有用到，但還是估算進去，會影響點數，因此會影響到診察費調整金額。

主席

連代表你看第一季的點值 0.96 比較高，就是因為第一季的支付標準單價還未調整，第一季預算已經撥進去了，所以點值比較高。

連代表新傑

我完全了解，但 104 年第四季非協商因素時，在談診察費時，希望全年都調，所以就有兩個方向，如果希望全年都有，就是把第一季都補回去。

主席

今年的非協商預算用於調整支付標準均不做追溯生效，因為追溯非常繁複，這樣太困難。

連代表新傑

我的意思說兩個方向，第二個方向就是以後第一季不要估進去影響的點數。

龐組長一鳴

實際的錢沒有影響，因此總額沒有少，第二個是連代表的意見會打到理事長和執行長，因為如要從一月就調整支付標準，那就要讓所有的方案在年底前就提出來，並討論通過後報部核定，所以這與作業習慣和方式有關。而牙醫歷次總額就得很好，如果要採行這個建議，我們以後的作業方式與時程是不是就要提前，也因為這種方式，所以之前有和大家開會，希望今年開始有些特殊方案可以提前開始作業。至於估算方式，牙全會可以衡酌處理。

主席

其實我們也很希望可以趕上進度，因現在有些落後調整，但這件事情原本就需要趕上進度，也希望支付標準新增項目能夠在每年 1/1 生效實施，今年已提早開始作業，若明年非協商因素調整支付標準時，我們年底前就要協商完成，然後就公告，1/1 生效，這樣就是全年實施。

陳代表彥廷

我知道問題是出在衛福部，實施前要先供大家閱覽，那段時間以前沒有的，因為我們牙醫部門都是提早就作業完成，都在十二月底前通過了，現在問題是我們政府的行政程序延長了，讓我們需要多等待一個月的時間，如果要我們事先作業，我們也沒問題。

主席

這有關我們的預告時程部分，恐怕也改不了。

翁代表德育

在簡報第 17 及 18 頁的診察費部分，我想請求標一個但書，這樣大家看的時候比較不會錯亂。

吳代表成才

投影片第 21 張揭露核減率，初核減率部分，診所是 0.37%，醫院是 0.62%，顯然醫院的核減率較高，而經過申複之後，比率較接近，爭審之後，診所還是 0.3%，醫院還是 0.38%，可能醫院牙科還是要再加油。

另外我想建議在下一次會議中，揭露另一項重要資訊，就是抽審的比率，因目前不同的分區有不同的抽審規則及辦法，抽審比率上也有相當大的落差，因此建議下次會議揭露各區各級院所抽審比率資訊。

曾科長玫富

案件抽審比率統計資料容我們帶回由業務單位評估可行性，若是可以，則於

下次會議提供，若是無法提供，我們也會說明理由。

主席

當你要提供時，若六分區的方法不同，是否可互為比較，也請一併考量，也請研究一下，呈現各分區的資料是否具可比性的。

翁代表德育

建議說明各分區的診所和醫院年度抽審比率及狀況，若有相關資料可參考，可能會有實質上的幫助。

龐組長一鳴

第一個，醫審代表和全聯會要把遊戲規則講清楚，所謂的抽審率，是指醫院被抽到的，還是每家醫院被抽到的件數？這兩者的意義不同；第二個，以全年來看，醫院被抽到是一個月抽，還是十二個月抽？第三個，即便被抽到的，有的是隨機樣本，有的是立意樣本？這也是不同的。就我所知，各區的執行是差異很大的，一直以來沒有一個統一的方式，這在之後的呈現與解讀上會是很大的問題。因此建議醫審與全聯會討論如何呈現資料，比較能回應吳代表的問題及醫院總額及各部門的需要。

吳代表成才

我想補充說明，這是歷史資料，已經發生的，我們運用抽審來讓整個制度的運作更加合理化，及抑制不好的現象，因此抽審率就有很重要的意義。以點值來說，核減得多，點值就會高，因此這當中是環環相扣的。我們現在是希望能揭露過去的歷史值，在各分區不同的醫療層級下，他的抽審率或免審率，意義是一樣的，揭露這些訊息就可以進一步了解合理性，及這些抽審是否有達到期望。我相信健保署有這麼好的資訊系統，這些資料部會拿不出來。

主席

好，那再請醫審藥材組進一步評估，看如何呈現委員所需的資料，請於下一次會議中說明。

林代表惠芳

請教第 29 頁，104 年牙醫特殊醫療服務預算執行情形，請問第 11 及 12 項極重度及重度到宅醫療服務部分，跟上期比較的成長率負成長很高，有甚麼原因造成的嗎？其他項目，部分正成長率很高，可以說明當中的原因嗎？

羅代表界山

到宅的部分，可能執行的人一直認為給付不是很合理，一直不願意去做，因此 104 年部分，他們可能就轉移部份去做特定需求者的醫療服務，像安養中心的植物人等，所以極重度的到宅論量就下降非常多，雖然數值上看起來下降的幅度很大，但其實他們的 BASE 原本就比較小，因此有一些變動時，浮動幅度就會很大，所以我們在今年的辦法中，也在修正，儘量排除行政作業，看看是否能夠有所改變，但如果一直有這些狀況的話，我們可能也要考量是否醫療需求有所問題，並再作檢討。

林代表惠芳

因為到宅這部分，在使用者一端其實很少聽到，不曉得有這樣的服務。另外，我擔心整個到宅的申請到核定之間的行政流程，可能有些困難。我看到這些數字的背後，是否有一些困難處，若民眾有需要，要如何申請，而醫師提供到宅，耗費的成本可能會更高，要考量給付的誘因。現在全國數據顯示很低，是否給付或醫師人力或攜帶器械方面是有甚麼問題，造成服務量不增反降，我想是有必要去檢討的。

羅代表界山

到宅從一開始到現在，執行率都非常低，也是我們一直很關注的問題，包含提供服務的人及接受服務的人。我們一直都有在檢討，所以今年這個給付，我們已有大幅提高。很多服務提供者提到給付不合理，不想去做，我們也很感謝各位讓給付部分能暫時解決。原來限縮進階照護院所提供到宅服務，受限醫師人數及醫療資源，造成提供量的問題，於去年已改善過了。至於，接受服務部分，限於執行辦法有服務對象認定標準範圍，他們是否能知道服務部分，我們有與照管中心進行溝通，請他們知會家屬，若有服務需求時，可儘量提出來。因此，這些困難處，我們都有在進行檢討與改善。

龐組長一鳴

在宅服務是我們這幾年改善的項目，我們對於居家照護相關項目包括居家護理、安寧、重度呼吸器等有進行整合性方案計畫，並辦理標竿學習。之前我們醫管組也有和全聯會討論過，在宅的病人有個特色，是需要多元的服務，而非僅需牙醫而已，現在最需要的是整合和協調。過去牙醫特殊服務的執行，已證明台灣可以開始做牙醫在宅服務了，然而牙醫與社區和其他科的整合不夠，需要改善。因此，如何與其他居家醫療服務整合，做到社區化的服務，需繼續努力。目前有些中區到南區偏遠跨區服務情形，路途遙遠，社區化不夠，好的在宅服務需要社區提供，可相對降低相關醫療及管理成本，所以，明年檢討本計畫，可與現行居家服務能有適當串連與結合，使計畫推展到更適用的對象並獲長足的改善。

陳代表彥廷

牙科到宅醫療需符合特定障別，而非一般的個案需要就可申請。目前部分病患符合到宅需要，但不符合牙醫特定需求，服務後無法申報給付。目前有需求的患者可能需透過照管中心，或醫院本身有在執行出院個案，但很多醫院尚未清楚了解服務對象的標準範圍，很熱心地執行到宅牙醫後，無法申報。再來，設備部分，衛福部心口司在十幾個試辦中心購置了攜帶式設備，但是公會的人力很足夠，但卻無法運用，因為要借用、保管及維護，因公會亦未提供很多需要的個案，因此目前是停滯的狀態，以上是目前出現的問題。

主席

這項服務是有需求，但供需不平衡，需求沒有完全出現，供給也不足，如果廣為宣傳這項服務時，供給也來不及，所以這件事情目前是聊備一格，事實上是沒有真正做。但每年都在說給付要調高才有誘因，今年也調了，事實上，真

正願意提供服務的人還是沒站出來，因此有需求的人，也不知道要向誰申請。如果真想推行這項服務，確有改善空間。如果有居家醫療團隊，牙醫應當整合進去，而不是牙醫與西醫各有一套標準來選病人。我們現在在鼓勵醫院成立居家醫療團隊，這兩個計畫在整合上也是必要的，也可加速讓這個服務的供需可以合理、平等一點。現在大概有幾家在提供服務？

羅代表界山

今年比較多，因已開放初級院所提供該項服務，但沒有確切計算過服務的家數。

龐組長一鳴

衛福部補助了十套設備，就我知道，衛福部補助這套設備後，也沒將服務做出去。

主席

那些設備給誰用？放在那裏？

羅代表界山

是放在醫院。

龐組長一鳴

放在醫院，變成教學設備？

羅代表界山

醫院有自己一套管理辦法。

主席

攜帶式設備本來就是要拿出去用的，放在醫院要幹嘛？

陳代表彥廷

醫院的牙醫師人力比較少的，負擔也很重，雖然是衛福部購置，但依照醫發基金應用辦法，一定得放在醫院，我們是民間團體，要向醫院申請使用這些設備，辦理租借又不方便。我們有一些人有意願，但是就沒辦法結合。

主席

心口司原來買這些設備的目的，是要做甚麼？

陳代表彥廷

他們也是希望能拓展這方面的醫療服務，但是有很多法規，並非他們故意要怎樣，的確就是發生這些狀況。

主席

請醫管組把這件事情記下來，既然政府有編列預算投資這些設備，之前牙醫界抱怨需求少，投資又不能充分利用，所以這兩件事情要結合在一起，讓資源充分運用。

龐組長一鳴

我這邊說明一下，目前衛福部社家署是有補助機構內的設備，與總額計畫有連動，但衛福部心口司的計畫與我們沒有連動，對外爭取預算理由，卻說健保付給不夠，我曾提抗議，表示支付標準都是由牙醫公會訂的，但他們還是這樣說，所以這個預算連動的部分，我們會再改善，也麻煩公會一起來支持合作。

季代表麟揚

關於牙醫師為特殊需求者提供的到府服務，剛才有代表提到：因為政府補助的設備放在醫院，開業牙醫師可能無法使用。我服務的台北市立聯合醫院總院長非常重視安寧及到宅醫療服務，最近我們的口腔醫學部也已開展這項服務模式。據我了解，如果醫療設備及器械放在台北市立聯合醫院，未來聯合醫院可聘請開業牙醫師為兼任醫師，一起來使用這些設備與器械。也許，未來其他醫院可考慮這套新的合作模式。

主席

這就是剛剛講到的醫院居家醫療整合照護的團隊，包括全職及兼任醫師，這樣才出的去。

徐代表邦賢

我報告一下進度，其實成大的試辦中心，由一位很熱心的主治醫師組成合作平台，利用醫院的資源及在地診所醫師的人力，來互相合作，醫院才知道在宅的患者在哪裡。目前唯一可惜的是，試辦中心有機器，但維持的行政相關費用無著落，所以有點卡住。實際上我們有在做，剛報告的是 104 年度的呈現，因為台南在地開業牙醫師，跟著我們成大團隊一起出去服務，105 年度會有一些增幅，數據會呈現。

主席

西醫去做在宅醫療，醫院醫師也很忙碌，所以要結合診所醫師，診所牙醫也是異曲同工，應該當成一個居家醫療團隊，共同去執行。不過這兩個試辦計畫慢慢整合，收案的條件就要再磨合，不要一鬆一緊，這需進一步討論，努力去做。

朱代表日僑

想請教一下公會，因為現在部裡面相關單位已在強化社區照護的能量，也請全聯會思考一下，去年主席曾在會議上特別強調，執行的計畫的責任不能完全落在醫院身上，所以如何建構出社區牙醫師服務能量，提供在宅服務儲備醫師的能量，這樣需求面就不會找不到服務供給，所以現在問題在於如何把這個服務能量建構出來，這個誘因如何發展，需要處理，如果這方面一直不能突破去啟動，就算把焦點移轉到醫院，也只能解決一部分的問題，建請大家思考。

主席

我們現在回想去年在講這件事的時候，全聯會提出的計畫是居家醫療要請所有的醫學中心去做，我們那時就認為這樣不可行的。

翁代表德育

我們那時的意思，是希望醫院去做領頭羊，而非把責任都歸到醫院身上，但像成大這個例子，因為設備是在醫院，醫院若沒有做一個平台或領頭羊，沒有辦法去結合社區的醫師，我們就會沒有辦法去完成這項工作。

主席

不管怎樣，現在應該要展開了吧，都過了一年，好像只成大有而已，那下一次會議中請全聯會報告一下牙醫居家醫療的進展。

黎代表達明

我是醫院牙科代表，剛才一直講到醫院的部分，基本上身障這部份，我們醫院也發展很多年了，但到宅醫療真的是碰到許多困難，很多時候大家好像覺得只是一般看病，但是需要到宅的病人醫療難度很高，不是說一般受訓剛完成的牙科醫師，就可以去執行這項服務。請大家注意這件事情，它是一件高風險的工作，為當初很少人參與的原因：1. 行政程序複雜 2. 醫療風險很高 3. 須有學習的背景，所以他本來能提供的能量就是有限的。現實面部分，以醫學中心為試辦單位，但費用一年一年在刪減，以我們區域醫院來說，計畫的經費是減半再減半，所以我們現在的經費養不起一個正式的專責人員，各單位裡面經費也有受到限制，並且與社區其他開業醫師做一整合，還需要很多的溝通，因此做這件事真的需要一步一腳印。去年開始已經很多試辦中心在啟動，今年的資料應當會比去年好一些，謝謝。

主席

馬上就要評核會議了，下一次開會，請全聯會整理一下在宅醫療，向各位委員報告。

羅代表界山

其實有時候也不要太在意執行率的問題，我們應該在意的是有醫療需求，卻沒有被服務到的民眾。

林代表惠芳

請教一下，目前執行到宅服務的個案，申請是需要經過資格審查嗎？委員也有提到說行政程序很複雜，請問是申請個案的程序很複雜，還是從服務完成到申報的程序很複雜？那個案初診是每次出診都要先送審一次，還是送審一次即可？

羅代表界山

一開始的送審程序是比較複雜，但有逐步的修正，現在的行政程序已經有改善非常多了，像病患的轉介方式，已經不需經由主治醫師的轉介，以前這是一個非常大的阻礙，然後時程部分也都縮短了，以前需要 2-3 個月，現在都縮短為兩個禮拜。而這個計畫是一年一年走，所以一年僅要報備一次即可，

主席

這也請併到下次報告裡說明，再來第三案。

第三案 104年第4季牙醫門診總額點值結算報告

主席 本案大家有無問題？好，沒有問題，104年第4季點值就確認。接下來討論事項第一案。

肆、討論事項

第一案 「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」修訂於支付標準案

主席

這個案子是牙醫專科轉診加成改列支付標準，原來有牙醫專科轉診加成作業要點，實施多年，現在併到支付標準內，也不影響原來的精神，但留下幾個問題是第四項和第五項，不曉得全聯會有甚麼看法？

蔡醫師東瑩

全聯會醫管室蔡東瑩發言，針對報告我補充一下，先從第4點身障的部份，身障目前的輕度是加1成、中度是加3成、重度是加5成、極重度是加7成，這個加成的費用是來自專款專用，跟總額是沒有關係的。因為身障醫療其實很辛苦，考慮身障的特殊性、複雜性，還有感染的醫療風險，建議身障轉診還是可以加三成，來鼓勵牙醫師。另外，針對百分位數的問題，會前會那天確實有跟署裡長官達成這樣的共識。但是我們回去開會。請資訊組跑各科轉診醫令相關資料，結果如牙周病臺北分區占90%分位的，數量是前10%的人，就有資格列為專科醫師。但是這會有一些問題，如果說個別醫師總額申報點數愈多，排名就會愈前面，會變相的鼓勵醫師去報很多的數量，這對於臺北分區點值低的地方，會有一些衝擊。若我們把這個百分位訂的高或低，也都會有一些後遺症。比方說我們把它訂的很嚴格，可能會有圖利專科醫師學會的嫌疑，如果我們把它訂的很鬆，那大家都是專科醫師，會不會有點太浮濫。這個是大家開會討論出來有疑義的地方。我們在想，若是用占率，如以醫師來歸戶，申報總點數當分母，專科別的處置項目當作分子。例如，牙周病科的處置當分子，而總點數當分母。這樣占率排名也是會有問題，如一個人的總點數假說是報50萬，結果它牙周病專科相關處置是20萬，這樣是50分之20，即40%；如果總點數是10萬，而牙周病相關處置是5萬，這樣是50%，這樣也是沒辦法很清楚地區分，是否真的具備專科醫師資格。甚至如申報的數值太小，會有90%幾的數值跑出來，所以若是用占率來算，還是會有一些問題。所以，這方面是不是容許跟健保署這邊想出一個比較好的方法，如果沒有比較好的方法，是不是用原來我們牙全會以前利用：如果申報資料占專科別的處置項目當分子，總點數當分母，超過70%，才有資格來申請。如果說沒有辦法溝通出一個有效的，或是大家覺得比較公平，又符合專科的定義，那是不是維持原來用70%的占率，來當作申請的門檻？以上！

主席

好！謝謝！其他大家還有沒有意見？牙科轉診概念上，有專科證書，或申報較多，達到一定程度的醫師，我們就認為是專家，可以當轉診醫師，這個不限醫院或基層，對不對！現在要拿捏的是多少個案以上的定義是合理的。因為這個計畫已經實施很久了，若是標準改變大，嚴一點，本來合格的專科醫師的就會變成不合格。但若是鬆一點，轉診專科醫師就會變得非常多。這個有沒有考慮到供需？到底是需要多一點？還是少一點？現在的供需平不平衡？

蔡醫師東瑩

我補充一下，健保署的長官其實用意很好，他是希望放寬，然後再 Promote 轉診加成，讓大家去配合，我覺得這個很好。但是計算百分位方面，計算的定義我覺得需要再協商一個比較好的方式，若是協商不出來的話，是不是暫時先用我們原來的的方法，用申報資料占我們專科的 70%，然後以後再慢慢想。目前轉診醫師的狀況，其實不是很好，所以署裡面要把它放寬，其實是正面的！我這邊統計，包括牙髓、牙周、口外、兒牙、OD 的轉診醫師全國才 782 位，是非常少的。其中牙髓全國才 125 位專科醫師。所以，說是不是牙髓、兒牙等常常讓人詬病，很多醫師不想看，要排很久，比較特殊的科別，再另外想辦法放寬。目前現行的辦法是不是先暫定 70%，除非說這一、兩個禮拜，有協商出更好的方法，以上！

主席

現在數據是一定可以去分析，只是現在轉診專科醫師如不夠，就是放寬一點，如果現在轉診專科醫師是夠的，說不定要再緊一點，現在說法是不夠，當然就鬆一點。這裡的好處是只要這些醫師提供轉診醫療服務就加成 30%，這些醫師在這個領域看的量很多，就表示有一定的信譽，做到像專家一樣。全聯會這邊還有沒有意見？劉科長要補充嗎？

劉科長林義

本來我們的看法是，你要接受轉診，應該要有足夠的技術，就是做的量要夠多，所以才說幫你把做得比較多的那些醫師挑出來。當然要設定是 60、70 或 80 百分位標準，我們沒有意見，再來算算看，這個是可以協調的。假如你們要改回來，原來每位牙醫師該項專科的案件超過 7 成就可以的話，就沒有訂一個基本的量，比如說萬一只是做 10 件，這樣就可把病人轉給他嗎？可能有這方面的考量，假如說牙全會還想討論，那我們保留本案，下次再討論。

主席

很顯然，這個是 volume 和 quality 的關係，它是一種理論，就是你做的多總是熟能生巧，比較好，但是閾值的設定，採相對值的話，分子、分母都會受影響，就不一定會達到 volume 和 quality 的關係，所以應該採絕對數量而非相對值。我們署長昨天才在講，做到多數以上的數量是品質，這個概念也是一樣，就是臺灣的牙科醫師，哪些可以被人家 refer 成為轉診專科醫師，現在定義的 criteria 應該還是絕對量，不是相對量，相對量就受分母的影響太大，絕對量是一年能夠執行多少數量以上，能代表這個是多。署長要不要指導？

李署長伯璋

牙科其實等於是個人的手藝，花的工很大，也沒有辦法讓助理在旁邊幫你工作。所以，對牙科來講，像一些 ENDO 需要 refer 專科醫師，說實在，也不好排，牙科治療現在都要排很久，除非有認識的朋友可以幫你安排，否則，平常要排都要排很久。我覺得只有私人醫院才能夠幫忙，公家醫院都是等很久。剛剛提到你們考慮的角度，要專家看的話，要怎麼樣給他 offer，我覺得對病人的照顧是比較合理的。其實牙科醫師很多都會，只是現在大家都很聰明，有些比較專門的部份都不想去碰，寧願讓專業去處理。

蔡醫師東瑩

是不是容許我們牙全會這邊跑一下資料，就是基本上要做多少以上，然後占率多少以上，兩個互相配合，然後資料跑出來之後，我們再跟署這邊商量。以上！

主席

就是你要絕對值的醫令，是 specific 項目之數量，而不是所有的量，一定是被轉診的那個 field 的醫令量達到一定程度，代表這個醫師在這部份，某總程度能力是好的，所以，困難的個案可以轉給他，好不好？那這一項就保留，但最終還是要找到一個 cut-point。

再來就是第 4 點的身障部份，劉科長是不是也有一些看法？

劉科長林義

就像剛剛蔡醫師講的，我們是考慮身障的部份，極重度身障已經有加到 7 成，重度也有加 5 成，轉診還要再加上去，極重度身障的就是加了 100%。這點請牙全會考量。

蔡醫師東瑩

其實，極重度身障有時候一個早上或一個下午只看一個就弄得很累了。所以我想請署這邊還是保留三成，用鼓勵的角度來做。然後，像這幾天我有遇到我同學，我就會問，你身障有沒有轉診過？其實，幾乎都沒有人轉診，所以，大部份的身障都跑到身障中心去做。比如說，雙和醫院有身障門診，他們都知道，很少數會跑到私人門診再轉過去的，其實身障轉診是不多的。那如果有這種 case，我們會鼓勵他轉過去，轉診單就 200 塊，那他轉過去，身障中心他們 case 已經排很滿了，如果看到轉診過來，應該也會很高興，因可加三成。其實，這都是一些小小的鼓勵。

主席

好！全聯會這邊有沒有什麼想法。蔡醫師有代表全聯會。是…好，那其他代表還有沒有意見？沒有，也就是贊成全聯會，如果身障再轉診出去，除了原來極重度身障加 7 成以外再加 3 成，變成 100%，Double pay，輕度 1 成變 4 成。好，大家有沒有意見？沒有意見，就通過。另外轉診單有效期限部份，劉科長建議三個月，okay 嗎？好！三個月也就通過。這個案子就納入支付標準，唯一沒有解決的就是怎麼定義轉診醫師的閾值，我建議用那個領域的絕對量，才有

意義，比例受分母的影響太大，所以，再試算一下再決定。

連代表新傑

我想確認一下 91 頁，剛剛甯視察有提到附表 3.3.4，是廢除掉，是嗎？因為附表 3.3.4 是牽涉到我們之前的轉診單公告的部份，4 月 1 日才公告。

主席

91 頁嗎？轉診單這個要取消嗎？請劉科長說明。

劉科長林義

是！請大家看 93 頁的第三點，我們提及執行轉診個案服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，那個辦法裡面就有轉診單格式。我們建議廢除附表 3.3.4，這樣你們執行時比較有彈性，不會因更動一兩個字就修改支付標準。

主席

醫管組建議大家統一用「全民健康保險轉診實施辦法」裡面的轉診單，說不定比較有彈性一點。

蔡醫師東瑩

建議我們全聯會做一個範例，給全國的會員參考，基本上我們會比辦法中的轉診單更詳細，也會把它列入醫審的審查醫師的審查標準，這樣來做個監控，因為附表 3.3.4 以後要修改更動一個字，都會很麻煩，取消後比較有彈性，以上！

陳代表彥廷

我們贊成附表 3.3.4 從支付標準表移除，但是這個轉診單根據轉診辦法原格式，補充牙科需要的部分，給會員當作樣本，這樣會有一個彈性，也符合目前法令的規定。

溫醫師斯勇

我只是有個疑問，如果照那天的共識，在 93 頁牙醫的支付標準通則裡面，第三條會跟其他條次差很多，就第三條本身有三大項，每一項裡面又有兩三款、四五款這樣，這個通則我想是愈簡單愈好，是不是把這些內容放到第三條牙科門診醫師親自轉診服務個案應依全民健康保險實施轉診辦法規定辦理，後面部份是不是並得依牙醫門診轉診加成，不管是要點、原則，或是什麼，然後附表、申報費用內容放到後面一個…。因為這邊規定蠻多，轉診占這麼大的篇幅，我們感覺看起來不太好看，以上！

吳代表成才

對這個辦法，基本上沒有其他意見，但如果談到轉診實施辦法其實已經推動了這麼多年，當中蠻重要的關卡是轉診單出不來。也就是說，患者本來就可自由地到任何一個院所去就醫。即使某家診所，希望他到某家醫院去做，基本上也沒有那個習慣要病人拿轉診單去，他的權益也沒有任何損失。所以有接受轉診的單位，很困擾的是，有接受轉診之實，但沒有得到轉診加成的鼓勵。那麼，

這邊是希望是不是在下次的報告裡面，也能夠把歷史值揭露出來，就是我們在推動轉診加成制度，過去五年每年我們轉診加成 30%，到底花了多少錢，在牙醫的總額多少 percent？那我們就可以知道這個制度推動的時候有達到怎樣的結果。因為從舊的制度放到支付標準，基本上像主席說的沒有什麼太大的變化，所以我覺得，如果真的要談轉診加成，請把歷史值揭露出來，說不定可以發現可改進的地方，謝謝！

吳代表明彥

主席，我講一個故事，跟這個可能沒有關係，也可能有關係。就幾年前我住鄉下嘉義那邊，剛好有一個婦人生下一個有兔脣的小孩，是我媽媽的朋友，打電話給我媽媽問她怎麼辦？我媽媽就打電話給我，要我去處理。她有這個管道，可以幫這個人，當然我知道找哪個醫院、找哪個醫師，一下就幫忙掛了號解決了。結果他得到了很好的幫助，開了三次刀，把它修補的很漂亮，結果回去後那個婦人送了一箱水果給我媽媽。我從故事引申出來的是，我們基層牙醫師要有責任去幫病人找到最好的醫院醫師，這部分就是如何去鼓勵基層牙醫師將轉診單送出來，其實重點是幫病患找到對的醫師，才是最重要的。就像我媽媽的朋友，都不知道台灣的醫療資源在哪，更不用說補助，台灣有很多補助，但他們都不知道。這個部份，我們醫療院所如果來幫忙這些人，那對這些人或其家庭是最大的幫忙，這一部份也請全聯會想一想，鼓勵轉診單送出來。因為只有我們內行人，才知道資源在哪邊！最好的團隊在哪邊！

主席

好！非常謝謝！確實牙醫的 refer 制度已經很久了！我們例行的報告裡面，好像沒有把這一部分列出來，還有，可能有些醫師沒有去填轉診單，就只有告訴病人，去醫院，結果醫院的病人確實是有 refer 的事實，但沒有得到加成 30%的好處。另外連給 refer 的醫師也要給他一點誘因，讓他願意去寫這樣的單子。

龐組長一鳴

轉診單填寫轉出費用已由 50 點變成 200 點。

主席

所以幫他寫轉診單轉出醫師有 200 點給付，然後接受這個病人有加成 30%，所以理論上，這應該是很健全。當然是不是每個牙醫師都知道轉診醫師，都知道吧！你們的同儕間應該都知道吧！因為會公告轉診醫師。所以接下來就是我們怎麼把過去的歷史資料稍為整理一下，讓大家都能夠找得到。另外，病人如果轉診是要繼續排隊嗎？還是有優先？是跟著別人一起排隊？還是有優先權？

陳代表彥廷

每家醫院都不一樣。

黎代表達明

主席，醫院裡面有轉診單者，都會加號，就算這個醫生滿號也會加號，但有時候真的要看各單位人力的能量，就是看病人的需要來安排。

主席

我們轉診實施辦法，其實有規定要保留號碼給轉診病人。

黎代表達明

事實上不是保留，其實大部份都是當診次人來，就加號看診處理。

主席

所以這個精神要設法去兼顧。另後面那位醫師提到我們通則這樣子不是很好看，就請醫管組去研究一下，要不要採納，不影響實質內容。好，這一項我們就討論到這裡，我再重述一次，閾值的設定最後再補進去，另外就是轉診過去的歷史數據應呈現出來。

劉科長林義

上次開會我們討論這個專科轉診案時，五年相關的數據都有在附件裡面呈現，五年平均，有申報專科轉診加成的點數大概是 3000 萬點，然後 case 數每年大概是 1 萬多件。

主席

好，轉診辦法請龐組長說明一下。

龐組長一鳴

其實，上一次討論轉診，填轉診單要不要加多少錢的時候，有跟大家討論過。現在轉診坦白講有好跟不好的轉診，好的轉診是幫你轉到好的醫生、幫你掛好號。現在西醫這邊，健保會也有去參觀壟新醫院系統的診所，就跟家醫群有做這樣的服務。有的轉診是，我不能幫你處理，你去大醫院處理，就填張單子給你，甚至有些醫師連單子都沒有填。現在公會的要求是到填單，我一直覺得這部份有改善空間，一樣是加 200 塊，只把單子填出去，叫病人自己去，跟把病人哪一天轉到某家院所，都幫忙做好約診，服務是不一樣的，對民眾來講，當然是希望服務好，我們目前顯然作法上是有突破的，但服務要怎麼樣做得更好，我覺得是有改善的空間。因為西醫這邊，家醫跟醫院合作都有建立體系，甚至可以電腦連線，其實國內都有很多參考的模式，看牙醫這邊要不要參考。至於，剛剛講要回歸支付標準後，轉診就依據全民健康保險轉診實施辦法規定辦理，轉診辦法裡面就規定說，受到轉診個案的醫院，第一個要設轉診櫃台、要有轉診的服務，第二個要保留一定的名額給轉診的病患。所以剛剛黎醫師講到，轉診部份可以做加號，其實都是依據轉診辦法來處理，所以，原來辦法裡面就有做相關的規定，牙科如果要做到更好，應該依據現在的標準，再去做補充和加強，以上建議！

主席

好！支付標準現在已經改成轉診要依轉診實施辦法規定辦理，意思就是說不是只填那張單子 200 塊，還包括幫他轉診到專科醫師，安排好看診時間，才完成轉診程序。轉診醫師應該有義務要知道。好，大家還有沒有其他意見？

蔡醫師東瑩

主席，以後填 200 塊就要做這些事嗎？

主席

希望你們這樣做。

蔡醫師東瑩

我自己就不會轉。我小姐就很忙，怎麼還會幫你打電話？自己要約也很難約。怎麼可能幫一個素昧平生的患者幫他安排到好，我自己要約，有時候就很難約了！我填單領 200 塊幫你安排到好，這是不可能的。

龐組長一鳴

現在西醫的轉診，家醫群有些院所其實是沒有加 200 塊，已經做到了！那當然您不願意做，個人敬表尊重！那我也發誓絕對不會去你的診所看病！

蔡醫師東瑩

不是這樣講啦！

龐組長一鳴

我發毒誓！

蔡醫師東瑩

你用家醫的系統，問題是我們牙醫沒有這個系統，那你不能這樣講啊！什麼發毒誓？你的意思是，你 50 塊要這樣填，其實就已經很少人要這樣填了！那你 200 塊也只是剛好而已，願意填單就更少。

龐組長一鳴

參考是你個人意願，你診所開在哪裡嘛？

蔡醫師東瑩

我開在三重。我的意思是，你不能這樣講，我的意思是說，你 200 塊要人家做到好，要約診，還要約到什麼診次，我覺得，這個是很困難的。你要一個牙醫師填一個單子、做到這種程度，我們慢慢來，一步一步來！但是你不能這樣講我啊！你這樣講好像我很沒醫德，不能這樣講啦！

主席

沒講！沒講！沒這樣講！

龐組長一鳴

我也沒講！

蔡醫師東瑩

不能這樣講啊！

主席

好了，不要再講了！

龐組長一鳴

我們調錄音！

蔡醫師東瑩

我的意思是說…

龐組長一鳴

我們今天的會議是有實錄的。

蔡醫師東瑩

你不能說我沒醫德啊！

龐組長一鳴

我沒講這一句喔！我發誓絕對不會去你那邊看啦！

主席

來~陳醫師

陳代表彥廷

這一部份我們會再跟所有的會員，包括醫院牙科，是不是有一個方式能在接受轉診的另一端也能夠有一個機制出現。

吳代表明彥

我覺得龐組長講的有道理，這個轉診應該做得更好，那你講 200 塊你不做也是有道理，這個其實是管理上的問題，以我來講，就是加一加大家有誘因，反正是總額裡面。這是應該做的，對病人是有利的，你儘量把病人介紹到一個好的團隊，幫他約好，功德無量，如 200 不夠，大家提議 500？1000？你們講吧！這是在總額裡面，人家做這麼多事情，應該要給人家，我們總額本來就是我們自己決定的。我覺得能用錢解決的事情，都是容易的事情。病人做得好，是最重要的事情。我相信消費者代表在這邊，剛才我講的故事是說，你要轉到對的團隊，對病人很重要，今天讓他去亂找，找到 A，結果 A 跟他說，我沒這個技術，結果去找 B，光是交通成本就 1000 塊了。如果我們把病人第一個把轉到對的團隊，對象不管是身障或是誰，這功德無量啊！我覺得 200 不夠，你講得也是有道理，加到讓大家覺得有誘因。

蔡醫師東瑩

主席，如果說金額加到一定標準，是可以做到相對的服務，如果沒有這麼高，又要要求五星級的服務，其實是有待商榷。如果 200 塊就要安排到那樣，其實是一點強人所難，如果診所服務很好，可以做到這樣，其實是 okay，但大部份的診所其實可能都沒辦法去做到這樣，我想署裡有這樣的要求，應該是一步一步，包括慢慢去調整支付，看 200 塊是要調到多少？相對的要求到哪裡，才比較合理。我覺得現在 200 塊，跟 50 塊其實差不多，一、二十年都是這種數字，包括一些通貨膨脹，人事成本，材料的增加，我覺得是剛好而已。以上！

陳代表彥廷

我想轉診的機制，我們再跟各個單位談就可以了！這個我們去努力就好！

吳代表成才

主席，我最後補充一點，因為剛剛有提供數據是 1 年 3000 萬，是嗎？

主席

加成 30% 的部份。

吳代表成才

我要提醒一下，因為這數據很低，一年 3000 萬，那一季大概 7、800 萬，那麼在牙醫總額的占率，其實非常的低，也就是說，這個政策其實有推跟沒推是沒什麼影響。過去是這樣，今天包括剛說的轉診費 200 塊，這些大概都還不足以改變。目前轉診制度在做的時候，可能不會有所改變，我還是必須提醒，醫院牙科也會接收到一些轉診案子，但是幾乎是沒有拿到轉診單，也不會想特別再去要。因為今天來掛號的 100 個人裡面，你怎麼會去問你有沒有先去其他地方看過然後又轉診來，其實沒有這個動作可以做，除非他主動說他有轉診，我必須這麼講，這種百分比真的是很低，所以這整個制度，我剛剛特別去提說，把過去的歷史值拿出來看一看，其實是要提醒說，這麼多年了，這個制度其實是有它的缺陷在。謝謝！

主席

好！12000 去除上它的件數的話是 0.15%，是很低。但是很低，是不是代表需求就這麼低？還是，有一些是有轉，沒有填單子？這個不太清楚，但如果真的那麼低，就代表所有牙醫師其實都可以 cover 了，需要轉診的需求沒那麼高，所以這要看怎麼去解讀。不過，這 10000 多人次的轉診服務，也是一個可以改善的空間，好不好？再請彥廷代表幫忙了。好，這個案子就到這裡，再來第二案。

第二案 「牙醫門診加強感染管制實施方案」及「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」檢討修訂案

主席

好！第一、第二項是不是都互相有同意了！第三項的部份就是申請複查作業，就是停止一個月後，得申請複查，然後需到次月起三個月後再申請感染管制診察費用，這一題有問題嗎？這樣好像至少四個月吧！停一個月，然後再加三個月，所以四個月，應該合理啊！要不然我們及時去複查就給它恢復，其實它過去不合格已經有一段時間了，這可以嗎？大家有沒有意見？

溫醫師斯勇

我們看 99 頁第 4 項(2)後面有一個寫幾月幾日通過的文字，聽起來，總共應該會五個月後才可以，因為要停止一個月後才可以申請複查，而複查通過後要下個月才可以再開始計算停止給付費用月份，然後要再三個月才能申請，所以是五個月。

主席

五個月也可以嘛！總之，要有一段時間讓他沒辦法馬上申請。

陳代表義聰

我們精神上是三個月不能馬上拿到費用。

主席

所以這個三個月要改成一個月嗎？醫管組這邊的看法怎樣？劉科長，改成一個月就是真正變成懲罰三個月，如果原來的三個月，就是懲罰五個月。對不對？

龐組長一鳴

沒有差啊！那個是執行面的問題。

主席

你們覺得應該要幾個月才合理。

龐組長一鳴

有共識就好了。

主席

三個月的話，這邊要改成一個月，四月起一個月後才可以申報，大家共識是不是這樣？

劉科長林義

就是你複查通過，比如說你是二月不管是幾日通過，然後就是從三月起算算三個月。

溫醫師斯勇

上次的會議決議是說要懲罰三個月，那這樣的決議會至少懲罰五個月，跟上次會有些落差。

主席

你們想不想要品質變好，如果大家沒有太大意見，劉科長這邊有很堅持嗎？

劉科長林義

那看你們是要改當月還是改次月起兩個月？

陳代表義聰

次月起兩個月，好不好？

主席

理事長說兩個月，好，次月起三個月改成兩個月。這個就確認。還有第四點抽查率都改4%，沒有問題，也確認。

疾病管制署 徐士敏

主席不好意思，我這邊是疾病管制署，我們看了一下附件修改部份，想要確定一下說98頁二、本方案實施方式(二)裡面，因為牙醫全聯會要再制訂一個牙

醫院所感染控制 SOP 作業細則，我們想要確認，是會再製作一本新的，因為原本用的是舊的，我手上這邊是舊的，意思是說會再依據我們目前公告的指引部份再去制定一本新的 SOP 作業細則嗎？

主席

好！這個請說明好嗎？

陳代表彥廷

我們現在是希望根據那一本，同樣的方式，但是 guideline 的原則，我們根據那本來編，只是有點圖文化而已。

主席

所以這裡頭，CDC 應該同意吧！

疾病管制署 徐士敏

我們其實都同意，因為目前在我們資訊網裡面公佈的那一份指引裡面，有個章節是有引用牙醫院所感染控制的 SOP 作業細則，裡面有羅列很多事項，但不是所有的 SOP，它泛指每日的 routine 工作細則，我們擔心會不會因為名稱的關係而混淆了全聯會這邊做這本作業細則參採的一些內容，所以目前我們網頁上公告的那份指引的 SOP 作業細則，我們會去做名稱的變更，以免造成混淆。

主席

好！這邊用的是牙醫院所感染控制 SOP 細則，陳醫師剛剛說要參採 CDC 的牙科感染管制措施指引，我們是不是都統一用牙醫院所感染控制 SOP 作業細則？CDC 是不是連這個 term 都要改？

疾病管制署 徐士敏

我們只是將牙科感染管制措施指引裡，有一個章節名稱跟現在牙醫感染管制實施方案中感染控制 SOP 作業細則一樣，但該章節泛指每日 routine 的一些作業事項，不代表全部，故會把該章節名稱編改，我們的指引標題還是不會改變。

主席

這樣可以嗎？好，如不衝突，就照這樣進行。那 4. 的部份，有申報感染控制的抽查率有 5% 降到 4%，沒有申報感染控制的由 2% 提升到 4%，大家意見 Okay 吧！好，討論事項提案二通過。有沒有臨時動議？還有 0~14 歲的答案，請劉科長。

劉科長林義

剛才只有兩個問題，一個是 0~14 歲受訪者到底是由誰來回答。我們去看問卷，裡面提及未滿 15 歲者，由陪病者來回答。就是說沒有滿 15 歲，或因故無法接受訪問時，會訪問陪同就醫者，還會問他的關係跟年齡。另外，去看牙醫的母群體 0~14 歲占 18%，算出來 0~14 歲樣本占率比較少只有 8%，所以後續再做加權校正的動作，就這兩個！

主席

所以，看病有 0~14 歲的病人，回答問卷的是 20 歲以上陪病的人，所以現在問的結果不是小朋友的答案，是大人的答案，這樣可以嗎？好~請！

劉代表經文

主席，我們每年提的建議，其實都有接受採納，103 年只有 1000 件，我就建議一定要改，現在改回來有 2000 件，其實在採用標準上是有好一點。另外，龐組長提到兩件事情，我個人覺得是很好的創意，就是剛剛提到在宅醫療社區化，我們應該想辦法讓各科做一個平台，開放我們其他的醫生參與。季代表所提模式，會產生兼任醫師回頭怎麼申報的問題，可是如果在社區已經做成一個平台，不管多少科來，就各自帶回去申報就好，又是另一個如龐組長講的模式。

龐組長一鳴

沒有啦！同一件事情，細節在西醫那邊，已經有模式了。我上一次有帶一些在宅相關的朋友去公會拜訪，你可能沒有去。如果概念上同意，後續細節我們可以去討論，申報方式是細節，它的精神重點是在合作。過去的合作方式是把錢發給某個單位，往下會發生分帳的問題，怎麼樣去找一個大家都滿意的方式，是大家要克服的問題，所以，我才會提議明年計畫，可以參考現在情形，一起去討論。

主席

我覺得不論如何，最後都是以失能者為中心的服務，就是在家裡整合的服務，包括牙醫、長照 social service 也要整合進來。好，大家還有沒有臨時動議？如果沒有今天就開到這裡。非常謝謝理事長還有各位代表，謝謝！