

# 全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

## 105年度第4次會議紀錄

時間：105年11月22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：黃曼青

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	謝偉明代
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	請假
李代表明憲	李明憲	徐代表啟東	徐啟東
杜代表裕康	請假	黃代表福傳	黃福傳
阮代表議賢	阮議賢	張代表雍敏	車參莉代
季代表麟揚	請假	劉代表新華	林佳儀代
林代表俊彬	請假	劉代表經文	劉經文
林代表富滿	林富滿	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表惠芳	林惠芳	黎代表達明	黎達明
林代表敬修	林敬修	謝代表武吉	尹文國代
施代表皇仰	請假	羅代表界山	羅界山
徐代表邦賢	徐邦賢	龐代表一鳴	請假

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

本署臺北業務組

出席人員

蘇芸蒂

彭美瑩

許文祥、蔡東螢、溫斯勇、柯懿娟、

陳姵娟、邵格蘊、潘佩筠、許家禎、

廖秋英

林照姬、林怡君、何翠華、沈鈴珍

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、賴淑華、陳信樺
本署資訊組	姜義國
本署醫務管理組	張溫溫、陳真慧、劉林義、谷祖棣、 洪于淇、林 蘭、宋兆喻、歐舒欣、 鄭正義、黃曼青

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、確認本會前次會議紀錄。

### 決定：

1. 洽悉。
2. 請台灣醫院協會未來推派本會代表時，請儘量以代表所屬醫院有設置牙科為原則。

## 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：除「專科轉診加成作業要點」納入支付標準案因尚未完成行政程序，仍繼續列管外，其餘解除列管。

### 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：105 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告

決定：

1. 一般服務部門點值確定如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.9004	0.9140
北區	0.9797	0.9988
中區	0.9536	0.9587
南區	0.9648	0.9757
高屏	0.9605	0.9627
東區	1.0789	1.0884
全區	0.9523	0.9527

2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
3. 各總額部門各季之結算說明表，自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

### 第四案

案由：106 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案

決定：會議時間確認如下：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	106.2.21 (星期二) 14:00	106.5.23 (星期二) 14:00	106.8.22 (星期二) 14:00	106.11.21 (星期二) 14:00	106.12.5 (星期二) 14:00
會議名稱	106年 第1次	106年 第2次	106年 第3次	106年 第4次	臨時會議

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：106 年度牙醫門診總額一般服務之預算分配案

決議：

1. 同意 106 年總額有關預算執行率不佳扣款(口乾症患者照護) 0.151 億，扣款分配為 50%依六分區 103-104 年實際未達執行率扣款、50%按 101 年各區人口風險因子(R 值)分配進行。各區追補金額為：台北區追扣 16,698 點、北區補付 19,261 點、中區追扣 30,298 點、南區補付 29,494 點、高屏區追扣 12,279 點，以及東區補付 10,519 點。
2. 同意移撥 2.1 億元支應醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用；0.8 億元支應全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案；0.15 億支應該區投保人口就醫率全國最高二區(中區 0.1 億元，高屏 0.05 億元)之保障款；1.106 億(第二階段 0.456 億元，第二階段 0.65 億元)支應 106 年牙周病統合照護計畫。

### 第二案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「106 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」

決議：本案原則通過，惟下列保留至臨時會討論：

1. 有關增列牙醫全聯會擇定服務地點一節，請再說明擇定標準。
2. 相關支付標準調整之計算方式及依據請再補充說明。

### 第三案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「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內容」

決議：本次會議同意修訂重點如下：

1. 同意調升手術及處置費共 10 項：89013C 複合體充填由 800 點調增為 1,000 點；90094C 根管重新治療由 1,000 點調增為 1,500 點；90095C 雙根管難症治療由 1,000 點調增為 1,600 點；90096C 三根管難症治療由 1,500 點調增為 2,400 點；90097C 四根管難症治療由 2,000 點調增為 3,200 點；90098C 五根管難症治療由 2,500 點調增為 4,000 點；90004C 齒內治療緊急處理、90012C 橡皮障防濕裝置由 100 點調增為 150 點；90005C 乳牙斷髓處理由 610 點調增為 800 點；90015C 根管開擴及清創由 410 點調增為 600 點。
2. 同意文字修訂共 19 項，其中修訂 91014C 之備註：需併同 91004C、91005C 實施，每 360 天限申報一次；併同 910XXC（懷孕婦女牙周緊急處置）實施，每 180 天限申報一次。
3. 同意修訂附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之適用鄉鎮，並調高各級距折付點值 5 萬點。
4. 同意新增支付標準共 5 項：891XXC 特殊狀況之前、後牙雙鄰接面複合樹脂充填分別為 1,200 點及 1,450 點、910XXC 懷孕婦女牙周緊急處置 500 點、91XXXC 牙菌斑去除照護 200 點、92XXXC 顎顏面骨壞死術後傷口照護 600 點。
5. 同意刪除「附表 3.1.1 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」。

#### 第四案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」

決議：

1. 同意支付標準附表 3.1.1(考評表)轉為本方案之附件。
2. 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則中，將「針扎處理流程」修正為「尖銳物扎傷處理流程」。
3. 同意牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表軟體方面第 5 項 C 級增列「冷藏措施」；第 8 項 C 級增列「標示消毒日期」。

伍、散會：下午5時15分

陸、與會人員發言摘要詳附件1。

# 105年牙醫總額研商議事會議第4次會議實錄摘要

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、報告事項

### 第一案 歷次會議決議未解除列管事項辦理情形

#### 主席 蔡副署長淑鈴

有關上次會議決議辦理情形，大家有沒有意見？

### 項次一、修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」

#### 尹代表文國(代理謝代表武吉)

關於上次會議決議事項中，醫院代表是否其醫院要有牙科的部分才能出席，我想我是代表台灣地區醫院協會，我們協會有三百多個會員，我不知道這個條文是否是針對地區醫院？地區醫院事實上有很多小醫院科別方面是受限的，我不知道是不是因為這樣才要求代表的醫院要有設置牙科的？但是這對我們地區醫院是很不公平的，因為協會會將會議資料公告在協會網站上面，那協會裡面大約只有五十多家醫院有牙科部門，這樣限制對我們來講是禁止我們來參與這個討論呢？還是在我們的身分上面要有個限制？那針對牙科的部分，我最近經歷一個案子，有個醫院在地方縣政府醫審會討論的時候，牙科公會理事長要求我們先不要設立牙科部門，如果要設置要先徵求他們同意，那我們地區醫院當時還沒有考量要設立牙科部，但是很希望跟地方上的牙科部門有積極的互動，所以我們在醫審會上也同意暫時不要設置牙科，未來要設置也會先與牙科公會做很好的協商。所以這條文是否是針對地區醫院？在區域醫院也有部分沒有設置牙科部門，我不知道為什麼要在層級間規範要有設置牙科部門才能參加這個會議？我想這是一個非常歧視的決議，在這邊提出抗議，也希望與會代表三思。我們來參加會議回去也會把相關會議討論或決議資料公告的，代表有包含醫學中心、區域醫院、地區醫院與醫院協會的代表，要這樣排除掉是否是針對地區醫院？

#### 吳代表明彥

這條我也堅決反對，我不知道這條是從哪邊來的，如果是從委員來，我想是心

態不正，那如果是健保署這邊，我想也不太對。因為這完全是干涉台灣醫院協會內部推派的主導權，那這樣要推派我們的理事長或副理事長來都不行了，因為理事長目前根本沒有在任何一家醫院任職，也不是任何一家醫院的員工，所以這完全是嚴重干預台灣醫院協會推派各層級代表的自主性，我覺得萬萬不行，希望各位委員諒解，這條能不能拿掉？

**主席 蔡副署長淑鈴**

請同仁翻一下上次提出這項的原委，跟大家報告。

**醫務管理組 張專委溫溫**

目前處理情形是已經有增列牙醫主管機關代表一名，那所屬醫院要有牙科的部分，是列為台灣醫院協會未來聘請的考量，沒有設置在法規裡面，那當時是陳委員所提的這個意見，以上說明。

**主席 蔡副署長淑鈴**

陳建志委員的提案，那大家當時討論的怎麼樣？

**翁代表德育**

陳委員當初這個提案，他覺得在牙醫門診總額會議裡面，我們竭誠歡迎醫院代表來，但是討論的都是牙醫門診總額相關事項，是不是醫院裡面有設置牙科的代表來談，就能夠更深入一點。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那同仁再稍微還原一下當時陳委員提出之後，後續的內容？

**醫務管理組 劉科長林義**

我記得上次地區醫院代表沒有出席，陳代表提出之後，醫院代表有解釋目前各層級都有派一名代表來參加牙醫總額會議，醫院總額沒有含牙醫，那牙醫總額有含醫院，所以牙醫總額會有醫院代表，中醫也是這樣的情形，只是說明這樣的情形。那最後決議是，因為是參加牙醫總額會議，那代表所屬醫院若有設置牙科會比較好的。

**吳代表成才**

我想上一次會議並沒有針對這項作深入的探討，當時我們只是覺得陳委員提出

這項是一個善意，希望參與討論的代表對牙科是有一些了解的，那也覺得台灣醫院協會要推派四名代表，要找這樣的人應該也不難，我想這是一個善意，當時我也在場，也覺得應該不是什麼太大的問題，那如果今天醫院代表有這樣的反映，那這條不如就刪去，因為運作這麼多年來，沒有這條也都還好。我也是代表醫院協會參與，相信台灣醫院協會會以自己最大的利益來推派代表參與這個會議，所以我認為把這條拿掉比較好。

**主席 蔡副署長淑鈴**

上次最後是有提到醫院代表四名，希望這四名代表的醫院要有牙科，確實是有這樣的決議，那目前是已經公告，牙醫的名額沒有變，增加心口司代表。那這個決議就提供給協會推派代表的時候審慎考慮參考，這樣醫院協會可以同意嗎？我們會議曾經有討論過這樣的事情，在下一屆推派代表時，將委員的意見提供給協會參考。

## **第二案 牙醫門診總額執行概況報告**

**主席 蔡副署長淑鈴**

為什麼高屏區的次數會少4%？第三季有沒有什麼特別的現象？

**高屏業務組 施怡如**

第三季剛好有九天颱風假，其中有五天是高屏區全天放假、四天偏遠地區放假，造成不少的衝擊。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這樣就造成這麼大的衝擊？第15張投影片的無牙醫鄉服務就少了一萬多件？

**高屏業務組 施怡如**

除了這九天之外，其實道路交通的中斷影響不只這九天。

**主席 蔡副署長淑鈴**

有特殊原因就比較沒問題，另外第25張投影片，看起來上次我們關心的在宅醫療有些增加了，但是一季三個月才73件還是很少，是提供的服務人數少，還是需求的人少？

## **羅代表界山**

因為那個方案是三月才公告，所以一些變動的措施要二至三個月才會顯現，所以在第三季之後就會有明顯上升。

## **主席 蔡副署長淑鈴**

第三季已經要結束了耶？那你知道第三季的 case 有比較多？多很多？好，那其他代表有沒有意見？

## **翁代表德育**

我想請問第30頁的投影片第28張，醫療資源不足且點值低地區獎勵方案的部分，好像是點值不足1的補足到點值1.0？那真的補這麼少嗎？

## **醫務管理組 張專委溫溫**

第一個點值低獎勵方案是六區中點值低地區，但不等於資源不足地區，全聯會額外撥補一筆費用，幫那些地區補到1點1元，這是跟前一季點值做比較，所以它的差值會由前一季決定，第二部分是補論量的部分，就是到醫療資源缺乏地區，論量差額要補到1點1元，這就是跟服務量有關，這就有可能是跟第二季服務量比第一季來的高，所以就補的比較多。

## **第三案 105年第2季牙醫門診總額點值結算報告**

### **主席 蔡副署長淑鈴**

第二季點值的部分沒有意見的話，點值確認。

## **第四案**

### **主席 蔡副署長淑鈴**

明年開會的時程表如果沒有意見，就照這個時程表來進行。

## 參、討論事項

### 第一案 106年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案

主席 蔡副署長淑鈴

這項上禮拜的健保會有討論過，但是說明二的第五項沒有。

陳代表彥廷

我們把第五項刪掉，因為不影響實質的內容，今年還是照100% 人口風險因子作分配。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那就是除了說明二的第五項以外，其他在上個禮拜健保會都通過了，那我們這裡也就通過，就不再討論了。

陳代表彥廷

本案有一項點值低地區獎勵方案，就是說明二的第三項，經費0.8億元沒有改變，但是我們歷年執行這項，是希望能看到都會地區外圍接近醫療資源不足地區的那些地區的醫師有沒有變動，能不能提供相關統計資料讓我們可以看到執行這幾年來這些醫師人數的變化？

主席 蔡副署長淑鈴

可以，但是我們長期這樣子做，一個是不足區的巡迴醫療，一個是低點值地區的獎勵，都是補到一點一元。你說的對，到底點值低地區的醫師有沒有因為這樣就留著。

翁代表德育

我補充一下，因為這個方案已經做了很多年，但是該區的醫師到底從該區裡面領了多少、醫師數的變動，或者是醫師的工作天數有沒有因為這樣而增加或減少，相關的資訊我們真的不清楚，我們沒有那個資料。那最近我們一直在討論這個方案，覺得應該要稍微檢討並修改這個方案整個的方向，我們這樣子做到底正確不正確，或者是不足，但是我們要一些背景資料才能夠來討論。

林代表富滿

我想請問一下說明二的第一項，這邊有兩個表，一個是100%按 R 值，一個是

50%按 R 值、50%按執行率，這是可以討論的嗎？還是這個已經定了？我的問題是，如果是照50%按 R 值、50%按執行率，三區要追扣、三區要補，那要追扣的三區剛好都是點值比較低的，如果要再追扣，我想對他們的點值是雪上加霜，所以我想請問這項是可以討論的，還是已經定案50%按 R 值、50%按執行率了？

**陳代表彥廷**

這個分配方式我們在上禮拜的健保會有提出過，那健保會是同意的。

**林代表富滿**

所以不用再討論了？

**陳代表彥廷**

這是對明年的預算分配，所以不是真正的追扣，而是因為實際執行上沒有那麼高，所以可能相較於所被編列的預算，他拿了錢多了，而做的事沒有這麼多，精神上就是他不需要這麼多的預算。

**林代表富滿**

可是當初分配的時候是100%，那扣回來就變成50%、50%？我覺得當初分配是100%，但是他做不夠的時候就要50%、50%扣回來，要有另一個公式，就變成點值越低的地區扣越多，看起來是這樣。

**翁代表德育**

我說明一下，其實原因是在健保會未執行部分有扣款，假設我們按照100%執行率來扣，那這三個分區扣的更多，所以我們已經加入一些妥協性的協商，就是不要完全用執行率去扣，用50%按 R 值、50%按執行率來扣，事實上已經某種程度的妥協。

**林代表富滿**

可是這個表看起來跟你說的剛好是相反的。

**翁代表德育**

因為我們沒有寫一個按執行率的，你看到會覺得很突兀，如果按照100%執行率，不只是扣這樣子，三個分區會扣的更多，我們這個欄位沒有寫，如果要更清楚，應該加一個100%按執行率，所以我們是在 R 值與執行率之間取得妥協與平衡，

六個分會才有可能答應。

**主席 蔡副署長淑鈴**

還有沒有其他問題？醫管組有沒有要再說明？

**醫務管理組 張專委溫溫**

剛剛有提到醫缺點值的部分，因為你們之前有來公文，但是考慮到有些地方只有一家院所，如果要他的申報資料數，可能要考量個資的問題，需要再跟企劃組討論一下，怎麼樣可以給你們資料作分析，又不會有資料提供上的問題，這部分我們再帶回去討論。之前有來公文，但是可能我們給的資料無法提供他們實質上的評估，所以可能需要更細的資料。

**翁代表德育**

希望能夠每一家院所一年到底從這個區塊領了多少預算，事實上這個預算是公共財，那領多少我想公開應該是沒有什麼關係，那如果是他每個月領多少錢，當然不置可否，但是你領的這個補助是公共財，那是不是也要公開出來，讓我們去評估看看這些錢有沒有意義，或是還有不足的區塊。不過，這當然是我們的意見，那能不能的話還是請署本部酌參。

**主席 蔡副署長淑鈴**

如果這個資料沒有什麼顧慮的話，法務如果說可以釋出的話，就盡量釋出。因為他們以這樣的做法也好幾年了，一直補點值，究竟那個人有沒有努力？民眾有沒有得到服務？其實我們更要留意，不是只是把人留在那裡就好了。那其他有沒有意見？好，這個案子比較容易一點是因為健保會有先通過，那如果沒意見，就通過。

## **第二案 修訂「106年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」**

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，這部分有對照表，那我們就針對對照表的部分逐項過濾。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

請大家看第2頁第四點修正服務人次，較去年新增9,700人次。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，這部分新增9,700人次是全聯會提出來的，總預算是沒有增加的，但是之前執行率還沒到，所以今年預計要增加9,700人次，大家有沒有意見？好，沒意見的話，第3、4項就通過，第5項只有改年度，應該也是沒意見。好，接下來。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

請看第5頁，失能老人部分的「牙醫全聯會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」，因為吳玉琴立委有要求這些有自設牙醫診療台的機構希望也能有這些服務且有健保給付，所以全聯會有在106年規劃要擇定的據點，請全聯會說明。

**羅代表界山**

這是針對立委提出來有些機構已設有診療椅，且醫師已在那邊提供義診服務，但沒有辦法請領健保費用。本會是覺得說如果現在有這樣的情形，當服務機構的規模與對象都還可以的時候，也可擇定讓機構通過，原則上不超過5家。

**主席 蔡副署長淑鈴**

誰來擇定呀？本來原方案是「居住於衛生福利部所屬老人福利機構」或是衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照護服務補助辦法」的補助對象，對不對？

**羅代表界山**

是，這個定義很明確。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那現在要多的是這些以外的，對不對？

**羅代表界山**

是的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

然後還要擇定5家。

**羅代表界山**

對，不超過5家。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那到底是哪5家是誰來決定？

**羅代表界山**

目前有這個狀態，有在做的大概是2家而已。

**主席 蔡副署長淑鈴**

我們有調查過嗎？

**羅代表界山**

有反映過的，真正有的還沒有調查過。

**主席 蔡副署長淑鈴**

對呀，那我的意思是如果只有兩家就比較簡單，因為5家是你們講的，如果是10家具有資格，因為這個是動態的，可能有了這個服務之後，大家就去準備這樣的環境。

**羅代表界山**

原本想法不是這樣，而是說針對已經有診療椅的、已經設置的，本會針對這些現在已經到位的開放可以執行，但不是鼓勵大家有這個辦法就一窩蜂的去設置。因為以前的定義非常明確，經過社家署評定的這些單位才能夠做，這個很好啊，但是有些人有反映提供服務卻沒辦法請領到健保費，就說這個不是很合理，所以我們就針對真正有需要且就醫不便的患者這個部分適度的、合理的開放。

**主席 蔡副署長淑鈴**

因為草案是寫「由全聯會擇定」。

**羅代表界山**

因為還是要有人來擇定啊，不然也可以是各分區業務組來擇定。

**主席 蔡副署長淑鈴**

可是你又講說要擇定5家為限，5家為限寫在哪裡？

## 羅代表界山

沒有寫，那是本會評估後的想法。

## 主席 蔡副署長淑鈴

所以問題就來了，這就是會開一個路，狀況就會改變，那如果規則不是公開透明的，將來爭議就會很大。照你這樣修的話，到時候可能會留下很多不知道怎麼處理的問題，會有什麼問題現在還不知道，因為現在也沒有人去調查這種單位到底有多少、規模、在哪裡，這都不知道。

## 羅代表界山

對。所以，如果這不是很適合，本會本來的想法很簡單，如果要當壞人就全聯會來當壞人就好，調查到最後有人罵說還是不讓他們過的是全聯會，如果說這不是很適宜的話，可以照原本的定義，是很清楚的，那是不是就把「全聯會擇定」的部分劃掉？

## 主席 蔡副署長淑鈴

不是這個問題，是如果這是提供民眾健保服務，那這是零合遊戲，被擇定的有，沒有被擇定就沒有，如果決定遊戲規則的人有爭議，不是扛責任的問題，而是會有麻煩，而且你還講要限定5家，現況是怎樣都不清楚的情況下，寫這樣洽不恰當？

## 羅代表界山

報告主席，其實坦白講，這個爭議點很大，只是有人來反映，現況是有人在服務卻沒辦法請領健保費用，本會只是想針對這個情況做改善，跟上時代的腳步而已。那如果在定義、作法，或是擇定機構的資格上有問題、這個可以再從長計議。

## 朱代表日僑

這個案子看起來有點鬆散，就是要訂個標準，誰申請、要怎麼申請，或者是沒有審查機制，因為如果沒有申請與審查機制，只要眼睛看到的就有，沒看到就沒有，這樣操作上不太適合，建議是全聯會回去再研究一下。角度上還是有據點的就要納入鼓勵，但是在操作上請建立一個機制。

## 林代表惠芳

是不是可以比照身心障礙的機構的作法？當時也是陳節如委員推動這個部分，主管機關社政單位有鼓勵措施，方便安置在機構的對象能夠得到牙科服務，因為為了要符合健保規定的診療處所，所以當時在身心障礙機構裡面要設置符合規格的診療台，才能提供服務，所以老人機構是不是也可以比照這種作法？

## 羅代表界山

報告委員，以前在身障機構的定義是很明確的，比方教養機構、啟智學校，但是老人機構範圍是比較廣的、不是那麼明確，也不知道它的規模有多大多小，所以定義上會有難度。

## 林代表惠芳

是不是可以請教社家署？針對老人機構，它是有幾個層次的，包括安養護機構，或者生活照顧為主的，那我們還是希望是有失能狀況要納進長照中心的個案，所以雖然老人機構定義很寬，我們可不可以擇定老人機構裡面哪一個類型？這部分可以請社家署提供老人福利機構裡面，哪一些類型的單位、哪一些服務是比較需要這樣子的健康支持，是會有困難外出就醫的，然後我們提供在機構裡有牙科的服務，而且有健保的給付。

## 陳代表彥廷

這個案子是這樣的，基本上是全聯會不曉得各類老人機構裡面住民的情況，需要一些統計數字才知道有多少家，才會像林代表說的有辦法列出來，列出來有需要而且我們也可以做得到的，才放到這個計畫，我覺得我們就是沒有那個資料，也就沒有辦法擬的很仔細，那過去我們在老人之家可以列的很仔細，是因為他們有提供給我們這些資料，所以我們會知道之後要去的這些地方有多少人需要，這樣這個計畫做起來就很有把握。除非我們能拿到這樣的資料，不然辦法會訂不出來，我們不曉得隨便訂一個數值，符合這個條件的可能很多，也可能很少，這都不是我們期待的，必須要是一個可行的條件。所以我建議暫時不要更改這個部分。羅醫師的困難是有人在關切，希望能開始這些規劃，可是這需要很多預備工作，我覺得是我們目前沒有能力做到這些規劃。

## 黎代表達明

身心障礙其實我們也做得滿多的，目前失能的部分，文字上是失能老人要符合「失能老人接受長期照護服務補助辦法」的對象，事實上我自己跑過很多長照單位，在很多單位裡面都有發現這類的病人，但是這些人歸屬在單位裡的認知與我們在座各位的認知可能是搞不清楚的，我想我也不是為羅代表界山講話，而是這些對象在執行面上真的會有點困惑。那現在到底要不要增設機構裡面的標準，我相信其實機構都會認為他們的住民有這樣的資格，但是作業上會有兩、三個困難的點。第一個困難點是會不會突然增加很多服務對象的員額，第二點是會不會因為這樣的服務，讓單位裡面其他人覺得為什麼只有某些人可以被服務，因為證明的部分有時候我們看起來是很嚴格，但是事實上還是有爭議。那我們進去服務的時候，老人家彼此間會互相比較，會增加我們作業上面很多溝通的困難，那經費上是否容許，等到有足夠的資料再來評估、再進入。最後，假如我們要再增加據點，告訴各位，我曾經做過調查，全人大約1,500多個不同大小的老人單位，假設我們現在只設定要有牙科治療台，那這些單位會不會一窩蜂來設治療台，是不是好事？是好事，但是我們準備好了沒有？沒有足夠的醫師、足夠的計畫，我相信是會有困惑的，這是在臨床上面看到的難處。我建議還是要設定一個關卡，只是關卡要設得鬆還是緊，大家可以再提供意見。

## 主席 蔡副署長淑鈴

所以只是修這五、六個字進去，卻完全沒有擇定的標準，到時候就由全聯會主觀的去選五家，會不會有問題？而且全聯會擇定是我們授權去擇定的嗎？這裡五家是沒有寫出來，但是全聯會擇定是本會議授權的喔，那大家覺得最後會沒問題？還是大家覺得需要一個公開、透明的原則，會比較沒有爭議，不然在公共服務上面是不恰當的。因為是我們所有代表授權全聯會，但是全聯會如何擇定我們卻沒有討論過，將來我是擔心這樣大家爭取的時候就會有問題，所以這一項修正暫保留，這項算是沒通過，下次把資料蒐集更完整一點，要做就要把門檻設定的更完整一點，並且能夠執行。

## 林代表惠芳

主席，我建議真的可以比照身障機構的規範，那我剛剛看老人機構一共有

1,602間處所，多數都是小型的比較多，那大型的像是身心障礙機構是訂100床以上的機構當時被鼓勵設置牙科診療台，如果是這樣的話，家數沒有那麼多，比較集中的機構是榮民之家，人口數會比較大，全國大概是有16所，每家的服務量能大概會超過百人以上，其他區域裡面的老人機構是小型的比較多，這部分是做一個參考。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，我們是不是等到有多一點資訊，再來看看要怎麼改這一條？

**羅代表界山**

主席，贊成。因為計畫中已有經衛福部或社家署擇定的單位，規範就已經夠完備了。

**主席 蔡副署長淑鈴**

本來的都有，只是超過這些的部分如果還要再增加，當然就要有標準了。不然，即便全聯會擇定，到時候萬一有糾紛。

**陳代表彥廷**

其實現行的只要符合社家署擇定的就可以進來，所以我不覺得這個路徑是被阻斷的，也許社家署有他們的考量。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那我們是不是去了解社家署目前認定的範圍是哪些，還有衛福部認定的老人機構是哪些，現在坊間反映的又是哪些，到底坊間這些是擇定範圍內的，還是範圍外的，如果是範圍外的，那跟他一樣的到底還有多少家？把這個稍微調查一下，然後看看要用什麼標準去擇定，至少一步一步來，有個透明的標準，總比沒有標準而去主觀選擇，或是誰的壓力大就是誰，這樣到時候也是很麻煩，會衍生很大的爭議。那大家是不是同意這項暫保留？好，接下來。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

再來，第5頁最下面居家整合的文字，因為在後面在宅的部分會列，所以這邊不重複列，故刪除。第6頁違約牙科的加註是因為以前違約會搞不清楚是不是因為牙科，所以加註清楚，第7頁是一樣的文字。第9、10、11頁跟剛剛是同樣

的文字，是暫保留的部分。第11頁下面是社保司有建議「特定需求者」牙醫醫療服務比照「到宅牙醫醫療服務」增列牙醫服務內容及設備，這部分跟後面第14頁的文字是一樣的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，社保司有要補充的嗎？好，大家有沒有意見？沒有意見，那就是通過了。

**醫務管理組 谷科長祖棣**

第12頁到宅醫療服務對象的第一點，以及第13頁的第三點，居家醫療服務的對象的文字做稍微修改，把原本「居家照護條件」的文字刪除，因為跟我們現在居家醫療照護的條件不完全一樣，故刪除以免混淆。

**主席 蔡副署長淑鈴**

Ok，第三點是居家醫療的對象如果有牙醫需求的話，就轉介給我們在宅的牙醫。那條件一刪掉的話，就會不重複。好，大家有沒有意見？如果沒有，我們就照著修正。

**醫務管理組 谷科長祖棣**

第13頁下面是到宅醫療的部分，因為經過衛福部函釋為應邀初診，不用事前報備，所以文字刪除。第14頁牙科醫療服務，今天後面有支付標準的修正，這邊配合文字修訂。如果支付標準的部分通過，這邊就配合通過。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，那這邊暫保留，後面有通過，這邊再一併修正。

**醫務管理組 谷科長祖棣**

第14頁下面，全聯會是要修訂支付標準中重度、極重度的加成，極重度從原先7成調高到9成，重度是5成調高到7成，這邊是請全聯會說明。

**羅代表界山**

本會希望這個照護範圍能照顧到重度、極重度，特別需要醫療照護的人特別照顧他，所以希望能給付提高，提高大家的意願。因這個計畫執行到現在已經有一段時間了，大家會稍微有些停頓，本會還是希望能喚醒大家照護這些極重度及重度患者，用這種加強的方式來回應醫療費用的合理給付。

## 陳代表彥廷

其實我們在101年協商有提過，請台大醫院、雙和醫院提供這些醫療服務提供的成本分析，那時候核定的就是目前的成數，但是實施的醫療單位都覺得不敷成本，今年6月我們到高醫的時候，他們又再次提出這樣的訴求，對於這些相對較重症的成本所下的成數應該要更多，所以我們衡量這樣的醫療成本的確比較高，才會提出提高成數的要求。

## 主席 蔡副署長淑鈴

我們每年討論這一題，就是一直增加成數，下次搞不好還會再增加。當然鼓勵他們去照顧重度是重點，但是他是沒有上限？就是我們的成數從最早加成到5成，後來到7成，現在到9成，那明年呢？就是說，每年討論到這題就是一直往上加，那我們還有很多照顧不到的人沒有照顧到，但是每一個人的單價一直提高，那就沒有更多的資源去照顧更多的身障者，到底是照顧面要廣，還是單價要高？單價一直調高，可是我們的服務的人有沒有增加？如果資源是用來調整單價，照顧人數的經費就會被限縮。

## 羅代表界山

其實照顧人數，我們就是希望照顧更多的重症患者。

## 主席 蔡副署長淑鈴

可是還有很多人沒被照顧到。

## 羅代表界山

其實現在還有到宅再做，我覺得照顧面已經很廣了。因為有些人照顧不到，可能是我們很願意去做，但是他們自己認為他們沒有照顧需求，我們不能強迫提供醫療，那如果他們覺得有需要，我們希望提供照顧的人是去照顧重症的人，所以是希望照顧面又廣又深，這樣是最好的。

## 主席 蔡副署長淑鈴

大家有沒有意見？好，這個已經到9成跟7成，預計多少會覺得合理？有沒有結束單價再加成的時間點？

## 羅代表界山

報告主席，這個很難，有時候要看大家怎麼樣做，有時候同儕做事有點停頓，本會會更加關注了解。

## 主席 蔡副署長淑鈴

停頓就往上加，那就會繼續停頓啊？因為唯一的方法就是往上加，我的意思是究竟要加到多少才是合理？要不然我可以不照顧重症，反正明年還會再加。這樣的循環已經好幾年了，我們要去思考合理的點到底在哪裡？

## 羅代表界山

其實這種加成方式一直都是很不合理的，現在輕度加1成、中度加3成、重度加5成、極重度加7成，其實是不合理的。其實醫療成本算起來，尤其是跟醫學中心比，都是以倍計算，不是用幾成來計算，但是本會也是考量到經費有限，只能在有限的經費做應該做的事情，所以把加成放在重度及極重度，而不是把加成放在輕度或中度。基本上先前有照顧的患者就繼續照顧，但是重度及極重度我們就特別關注他們，還是可以再開發到一些隱性的、較不容易碰觸的病人。

## 陳代表彥廷

其實我們今年提這個案子，成本其實高於目前給付，心口司也給我們這樣的反映。目前牙科特殊醫療的推展的確遇到一些瓶頸，因為能夠提供服務的人相對來說付出真的比較多，所以我們衡量目前給付的不合理性，才提出提高加成的需求，當然不是我們認為到哪裡才是合理，而是衡量現況的確是不夠的。那我記得那次訪視有幾位委員也有關注到這個議題，今年我們在提醫療費用談判的時候，他們也有問我們為什麼沒有提費用成長的需求，因為我們評估這些人增加的幅度還在預算範圍內，所以沒有提出，但是我覺得很重要的是要讓有在做的人長期的做，就要給他合理的給付，那做這些的大部分是醫學中心及區域醫院，不能要他們長期用其他費用來挹注這部分，也要讓他們有足夠資源基礎，才能去支援其他層級的院所，所以我們才會提出重度及極重度的部分。

## 主席 蔡副署長淑鈴

那下次有機會業務執行報告也列出來這個計畫在各個身障別在重度、極重度、輕度及中度之間每年治療的人數、人次的變化，就是今年把成數再增加之後，

重度、極重度人次的變化，因為你們的訴求就是照顧這些人才去提高的，但是不是真的有達到服務人次的增加，總是要 double check。那下次再協商這一題的時候，要把這些背景資料準備好。好，大家還有沒有意見？沒有意見。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

第15、16頁是內部作業，依據總額科建議修訂原「支付標準編號」改為「支付代碼」，跟支付標準做區隔。第18頁是原本特定治療項目沒有中度，全聯會覺得還是有服務到中度身障的個案，所以要新增「到宅醫療服務-中度」項目，這邊是同意，那因為要統一管理這些編號，所以確定之後再統一告訴全聯會。第19頁原來文字有「核定函」，那發現部分縣市的照管中心不會發核定函，所以修訂是核定函或評估量表等相關證明文件。

**主席 蔡副署長淑鈴**

照管中心現在發的是什麼東西？至少要有最後評估的核定結果吧？應該不叫證明文件，我覺得應該要去問照護司，弄清楚再來修。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

第20、23頁是暫保留條文，第24頁是剛剛講過的報備部分，第25頁最上面是全聯會要新增到宅訪視申請表，申請表在第72頁附件21，請全聯會說明。

**羅代表界山**

這個是因為目前到宅有訪視費，希望申請表能進來協助完備一點。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這是修正的內容嗎，原來的就是有劃線的部分？

**醫務管理組 谷科長祖棟**

附件21這張表是要新增的，原來只有申請書格式。

**主席 蔡副署長淑鈴**

申請書就是申請時還要全聯會有初審意見說同意或不同意嗎？我們的程序是這樣嗎？目前就是由全聯會來決定這個個案能不能居家醫療？

### **羅代表界山**

都會先篩過，然後再送業務組核定，本會只做事前篩選，沒有做決定。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

分區業務組有收過這個吧？就是居家醫療的個案由分區業務組核定之後，就可以進去居家醫療。那這邊有障別嗎？

### **羅代表界山**

有，「相關證明影本黏貼處」這裡的第1-3項，要符合這3項才可以。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，那這3項有照剛剛修正過的文字嗎？這條不是剛剛有討論過了嗎？

### **羅代表界山**

照前面修正的文字寫的。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

醫管組這邊再比對，確認文字有沒有前後一致。那大家有沒有意見？那這部分回去問一下照護司，如果有名詞就明寫，不要再寫證明文件。好，沒有意見就通過。

### **醫務管理組 谷科長祖棣**

第25頁第2項是剛剛的暫保留部分，第27頁是本署建議，目前醫療團論次費用的申報是採紙本作業，因為牙醫的資源不足地區改善方案巡迴服務計畫裡面，106年1月起是在 VPN 登打的電子化作業，登打完再列印出來申報，那我們希望比照辦理。

### **羅代表界山**

如果說為了節能減碳，或者作業上更詳細，這是好事。但是登打到 VPN 之後，還要再列印出來，這不是疊床架屋？能不能就只要 VPN 上傳就好？

### **醫務管理組 谷科長祖棣**

這部分我們再確認資源不足地區改善方案的規劃，原則上我們是想要同步，如果可以直接從 VPN 申報進來，我們就用這個方式。

**羅代表界山**

主席，這邊說要從106年1月起，怕宣導時間會來不及，時間是否可以稍微緩一點？

**醫務管理組 谷科長祖棟**

我們先去確認做法與程序，時間的部分我們再討論。

**醫務管理組 張專委溫溫**

我說明一下，因為之前還有大部分資料是透過書面，那我們是規劃在106年全面要改成電子化申報，因為有時候需要做分析，書面還要有人力去登打，所以這部分會做全盤考量，原則是106年開始。

**羅代表界山**

計畫還要等公告，公告之後還要跟會員講，再輔導他們做。如果這邊寫死的話，到時候作業來不及，是否會造成費用請領不到？

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，這個部分要考慮到作業時間。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

第28、29頁是暫保留部分，第31頁(19)只是阿拉伯數字改成國字，是文字修正。再來是第31、32頁中間一樣是 VPN 的部分。第32頁下方一樣是到宅醫療報備支援的文字刪除，以及增加附表申請表。第33頁這邊是因為到宅不用報備，但是特定需求還是要報備，所以文字做修正。第33頁(5)，是因為全聯會有反映原本是護理人員，那如果是醫師應該也可以，所以改成「至少一位醫護人員」，不要限護理人員。

**主席 蔡副署長淑鈴**

如果是兩位醫師去，要怎麼付錢啊？

**羅代表界山**

付一位醫師的錢。

**主席 蔡副署長淑鈴**

兩位醫師去的情況是什麼？

**羅代表界山**

就是一位醫師當助手，其他自行吸收，這樣人力資源的運用會更有彈性。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

文字的部分結束了，接下來請看附件第38頁，全聯會有修訂10項支付標準，請全聯會說明。

**羅代表界山**

這是矯正的部分，因為支付點數十幾年都沒有調整，本會也有發現相關的問題，所以就根據學會提供的資料送上來。本會是希望如果通過，能改正比較不正常的行為，就是在合理給付下就拿合理給付，這樣會比較好。

**主席 蔡副署長淑鈴**

不正常的行為是什麼？

**羅代表界山**

可能會發生不適用的對象收自費的情形。

**主席 蔡副署長淑鈴**

身心障礙有補助還去收自費，那我們就不需要這個計畫啦。

**羅代表界山**

基本上要體諒有在做的人，因為長期以來院所覺得這個給付是不合理的，實際上來看也覺得跟現實情況差異很大，雖然這次提的金額會跟之前差異比較大，還是希望可以藉著這次把整個情形改正過來。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這個調整幅度真的很大。

**羅代表界山**

有些不合理的調整，事前就已先拿掉了。坦白講，這個牽涉到滿專業的部分，在全國也是某幾個特定醫院在執行，本會尊重醫師的專業，這個費用也有經過

試算，看過也算合理，雖然跟實際上還是有段差距，但是跟原本比起來給付已經好很多了，本會希望執行院所能真正好好去照顧這些唇顎裂患者。

**主席 蔡副署長淑鈴**

唇顎裂患者一個矯正算起來要十幾萬？

**羅代表界山**

大概會達到八萬左右，但是坊間一般矯正收費可能都不只這樣，唇顎裂患者的矯正會比一般更複雜，要他做複雜的 case 卻收比外面一般 case 更少的錢，覺得沒有立場去跟院所說收其他費用不對，但是收費是絕對不對的。而且，主要都侷限在某幾家院所，如果這些院所都不去照顧，本會覺得這也是健保很大的漏洞。

**主席 蔡副署長淑鈴**

如果調這麼高的幅度，那可不可以嚴禁收自費？

**羅代表界山**

本會希望如此。

**主席 蔡副署長淑鈴**

因為沒有這樣的話，不就是調高一倍再收自費？

**羅代表界山**

學會送來的成本分析本會尊重專業，因為嚴禁收自費本來就是該這樣。

**主席 蔡副署長淑鈴**

為什麼之前都有在收自費？現在所有的理由都是要加錢，但是加錢之後又收自費，這件事就沒完沒了，這些民眾都比較弱勢。這些項目都是調高一倍耶？

**羅代表界山**

學會算出來就是這個價錢，本會也不知道要怎麼喊價。

**主席 蔡副署長淑鈴**

如果你們都不把關，我們也沒有這些成本的資料。

### 羅代表界山

有些明顯不合理、超越牙醫師規範的，就直接不提上來，提上來的就是實際上院所運用到的，新科技、高科技的費用更高，本會已事前先過濾掉。

### 主席 蔡副署長淑鈴

這種公共服務本來就不能跟自費項目等同討論。

### 羅代表界山

是，但是公共服務也要有合理的給付。

### 主席 蔡副署長淑鈴

但是這次再調一倍，又不能寫禁止收自費，那就不知道何時了。

### 羅代表界山

如果要寫，可以寫。但是根本不用寫，因為這本來就是不可以做的事情。

### 主席 蔡副署長淑鈴

我覺得調這麼高就不可以再收自費，試算資料在哪裡？

### 黎代表達明

主席，我補充一下。我們耕莘醫院其實有碰到一些困難，新北市的老人、身障補助、台北市的老人補助，這些補助除了老人補助以外，其他身障的部分都是不能收自費的，老人補助新北市可以，台北市好像不行，那事實上在我們科裡面沒有人願意做補助案。因為這個收費大概是平常收費的六成，甚至可能只有五成。那我回應剛剛討論的部分，我們感謝政府願意把一些費用放在這些病人身上，但是醫生也是人，他看一般老百姓明明就可以收15萬，那你現在跟我說收6萬，請問他怎麼作業？那他到底願意不願意？提供給大家參考。

### 吳代表明彥

我覺得全聯會應該要有個計畫去作成本分析，不然很難說服消費者，這些人當然應該調高，但是也不能期待調到跟一般人一樣，主席講的對，這些人都弱勢了，叫他再付錢是說不過去的。但是花的錢不多，因為我相信這些人量很少，要給他兩倍、三倍，又沒有數據可以參考。那有些地方會有補助設備，全聯會是不是要有個計畫針對這些弱勢算出一個費用，那算出來該是要兩倍、三倍，

只要有數據出來，我相信要說服消費者是很容易的。至少給到足夠，讓他有愛心來做，有些人有愛心做也不一定要拿到全額，至少誘因要夠啦。

**羅代表界山**

報告委員，試算表在第81頁。主席，那可不可在這項通過之後，再次重申不可以收自費，再建立一個管理機制，大概是每年抽訪幾個病人做滿意度調查，看看情形有沒有改善，是不是可以這樣做？

**主席 蔡副署長淑鈴**

第81頁試算表有附，但是合不合理還是要由公會去審核，因為這個超出我們協助確認的能力，那公會這邊到底有沒有把關？

**羅代表界山**

在能夠看懂的範圍內，本會都盡量看了，其他看不懂的就沒有提上來了。

**主席 蔡副署長淑鈴**

因為你們是專家，這裡寫的特材、成本，我們大概都沒有收錄給付價碼等相關資訊，所以要仰賴全聯會把關。但這是站在公益的角度，而不是賺錢，如果要跟自費矯正相提並論，就會失去為弱勢服務的性質，所以利潤部分要合理。雖然有附試算表，但我相信在座代表沒有能力去確認，全聯會應該秉著公益性質，把關之後再來，不然這些都是湊到整數，跟後面試算表也都不符啊。

**羅代表界山**

本會能做的就是將成本分析資料給齒顎矯正學會看，學會說合理，本會尊重專業只能說ok，坦白講這也超越我的專業範圍。

**主席 蔡副署長淑鈴**

我覺得要有專家代理我們做這項審查的工作，不然不知道標準在哪裡，有沒有可能你們去請公正的專家來幫忙審查？

**羅代表界山**

本會覺得公正的專家就只有齒顎矯正學會，坦白講齒顎矯正這項就是獨門。

**劉代表經文**

材料算出來的話，跟市面上的價格相比都是合理的，人員成本分析的話，是他們自己抓的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，今天這項的金額提有點高，可不可以再請全聯會把關？再找專家幫忙review一下。

**陳代表彥廷**

我們內部都有再看過，我相信有些材料是特定的，那會再請學會給我們意見。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這部分今天就暫保留。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

這個案子後面還有一些表單，那會依照討論結果去做保留或修正。

### **第三案 修訂「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」**

**醫務管理組 谷科長祖棟**

第94頁，96001C是文字修訂，那下面牙科感染管制也是文字修正。第95-98頁是配合樹脂填充的修正。第98-102頁牙周病緊急處置的備註文字修正，還有新增一項910XXC，若910XXC通過就配合修正。第99頁牙結石清除，是針對未滿12歲，也就是11歲以下兒童，這項有編預算20.8百萬點。第100頁91014C這個項目比較需要討論，因為有版本1及版本2，是全聯會針對原本牙周疾病控制基本處置修訂，將「疾病」拿掉，改為「牙周暨齲齒」，並且修訂備註的併同申報部分，因為修訂的文字與次數限制後會影響到整個預算，所以請全聯會說明。

**李代表明憲**

針對版本1及版本2的部分，版本1是要配合現在飲食多樣化及91005C口乾症，所以希望每180天可以申報一次91014C，後面有預算使用情形，版本2是照以前的，口乾症及牙菌斑清除還是維持每360天申報一次，我想這個是過長，因為我們把名稱也改了，因為牙菌斑清除還可以看到齲齒，所以想把原本的360天

縮短成180天，所以全聯會這邊會比較偏向版本1。

### **醫務管理組 谷科長祖棟**

可是版本1的話，費用預算就超過了。

### **連代表新傑**

費用預算超過是因為用整年度估算，我建議如果要估算費用，應該是要用實際發生的月份，除非所有新增支付標準表或調整支付標準點數都要回溯到1月1日生效，費用預算的估算才會跟你現在算的一樣，如果不回溯，就不會是這樣。就像上次診察費一樣，我們都是用整年度來估，但實際上那次是4月份開始生效，所以是3個季發生費用，如果你說費用預算會估超過，其實費用應該是要乘以3/4才是實際量，就算多了8千萬也是不會超過今年非協商的量。

### **醫務管理組 谷科長祖棟**

我們所有費用都是估全年度，因為這是會一直滾到基期裡面的，所有總額都是這樣估算的，因為不能只考慮106年，還有107年、108年。

### **連代表新傑**

這樣調整的醫療費用點數是不是應該追溯到1月1日？像今年診察費就沒有回溯。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

我們來得及的話，不就是要1月1日實施嗎？最主要是，不是只有考慮第1年，往後第2年就是全年，不能用這樣來算。李代表說的口乾症部分，口乾症的人少，其他的人多，你因為口乾症去放寬30天限申報一次的限制，就等同全部放寬啊？現在一般的牙結石清除也是申報這項基本處置，那你只為了口乾症就把它全部刪除，那預算就要很多了。

### **李代表明憲**

這也不是針對口乾症，現在360天真的比較冗長，那這也包括今年新增的12歲的年輕族群，會有牙菌斑與齲齒這些，以前的間隔時間真的比較長，那增加的量可以看第112頁，剛剛連代表也有講，雖然點數增加8千多萬，但是署可以給我們一個承諾，可以配合中醫基層、西醫基層在年初1月公告實施的話，我們剛剛有跟六分區討論，第112頁第一項複合體充填89013C就暫緩不調整，明年再來實施，這樣金額就不會超過了。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

扣下來是740.9百萬。

**李代表明憲**

因為我們覺得這個牙周病基本處置可以配合牙周病統合照護，所以希望可以配合180天，以前的360天有點長。

**主席 蔡副署長淑鈴**

意思是版本1囉？

**李代表明憲**

對，所以金額就是7.44億。

**主席 蔡副署長淑鈴**

我們現在第108頁還沒有討論到，現在是討論第100頁，那這邊從360天調到180天到底合不合理？而且，是為了口乾症及12歲以下兒童，把所有牙周基本處置改成180天，就是放寬了。問題是，其他人180天也不一定會回來你的診所啊？

**陳代表彥廷**

所以他估的量是用實際過去的經驗，雖然一年可以做2次，實際上發生的，比如說13歲以上是1.076次，整體是大約1.2次，我們是用實際上可能發生的量去估的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

還有一個問題是，這項是牙周基本處置，那為什麼還要加上齲齒？範圍不就更大？

**陳代表彥廷**

因為本來牙菌斑的控制就是針對這兩件事情。

**主席 蔡副署長淑鈴**

可是原本的支付標準沒有寫齲齒，什麼時候做這件事情？

**陳代表彥廷**

這是合併主處置做牙菌斑去除。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以是併同洗牙的時候做嗎？

**陳代表彥廷**

是的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以是因為洗牙是半年洗一次，這項才改成180天？所以以後只要洗牙，就還要再報這一項？

**陳代表彥廷**

不見得是每個人洗牙的時候都會做這件事情。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那我們現在要採哪個方案？

**陳代表彥廷**

其實我們也不知道是否每次看牙都會有口腔衛生的指導，如果大家還是有疑慮，那我們還是回到不調整的方向。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以是版本2嗎？

**陳代表彥廷**

版本2。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，就版本2。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

接下來是第103頁特定牙周保存治療，是備註的文字修正。第104頁原來的備註2牙菌斑偵測，有部分民眾反映懷孕婦女不喜歡用「偵測」這兩個字，那把文字做修正，還有備註4的文字修正。牙周病支持性治療這項也是修訂文字，把「當次」變成「一年」。第105頁的9114C 是文字修正、92027C 是加「相片」、92093B 及92094C 是 ICD-10代碼修正。第108-109頁是這次支付標準的調整，請全聯會說明。

**李代表明憲**

第1項是複合體充填，其他是根管重新治療，難症與重症上就是比較特殊，以前點數都比較低，後面有附成本分析。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

這裡寫的原因都是難症或重症成長項目，可是複合體充填也是難症或重症嗎？這不是很普遍嗎？因為根管重新治療、斷髓就是有點難度，就是第一項沒有那麼難也寫難啦。

### **陳代表彥廷**

應該是反應成本上升。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

對呀，就不是難症或重症，那成本到底要怎麼 review？永遠都可以講成本不夠，就是這個到底合不合理啊？誰能把關？

### **翁代表德育**

我想提供一些建議給主席酌參，每年醫療服務成本指數改變率有一定的比率，在我們專業團體來講，這個範圍之內我們就是把支付表準表裡面相對比較困難的部分去做優先考量，所以把根管治療難症作為我們的主力，因為很困難，也是牙齒保存的最後一道防線，所以我們想把這個困難的部分作調整。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

我贊成難的，這也是要有能力的才能做這些，不是每個人都會做，但是複合體充填就不是這樣喔，所以第1項可不可以不調整？

### **翁代表德育**

因為牙根蛀牙幾乎都是老人的疾病，那我們的共識是50歲以上的民眾才可以使用牙根蛀牙的複合體充填，因為年紀大了，口水分泌變少，狀況也比年輕族群多，所以也是有偏向難的部分，當然沒有跟根管治療一樣難啦，另外就是複合體真的有漲價。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

後面第130頁有成本分析表，因為現在沒有原本的成本分析，所以現在看不出來調整哪一項，你說複合體有漲價，但是在這邊也看不出來。

### **翁代表德育**

其實要多方面來看，如果說成本高才能調，所有東西有上漲，就看醫療服務成本指數改變率就好了，就是因為我們想要去改變支付標準表裡面難易程度的合理性，所以我們才會挑一些出來，那其他的就不調。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，那就是複合體充填以外的就是難的，其他都同意通過，如果第1項是反映成本增加，材料就是增加200點的話，那就是要調，所以告訴我們材料是不是增加200點？

**翁代表德育**

這不能說只有材料就反映200點，還要綜合其他因素，如果要單挑一項出來說為什麼要調，那一定都超過醫療服務成長指數改變率，那其他為什麼不調？還是要考量支付表的難易度合理性。

**陳代表彥廷**

主席常常說不要跟其他國家比較，但實務上牙科這些項目的確偏低很多，我不覺得哪個項目不該調，但是我們還是要做些選擇，用在我們比較重視的地方。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

這個項目是在92年是600點，104年到目前為止是調到800點。

**翁代表德育**

如果考量填充的難易度、成功率，這個算是成功率比較低的，所以才算是填補物裡面比較困難的。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

備註有寫「每顆牙一年半內不得重複申報」，且限恆牙牙根齲齒申報。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，如果沒有意見，這邊單價的部分還是請主委把關，就是這些項目要調，但是單價部分要再把關。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

第110頁新增特殊狀況項目，這邊請全聯會說明以89112C、89110C 替代的理由。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這個有改變嗎？

**醫務管理組 谷科長祖棟**

新增「特殊」2個字，本來是後面的項目。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那點數也是一樣，那為什麼會增加？

**醫務管理組 谷科長祖棟**

因為在計算這個項目取代時，不是用之前沒有「特殊」2個字的項目，而是另外使用89112C、89110C做取代，所以有價差。

**陳代表彥廷**

因為原本特殊是沒有這項，那他們就會用這樣的方式申報，所以我們用這項同樣治療內容去替代，所以也只是身分別加上去。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

所以你的意思是用適應症的概念。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，這項如果沒有問題就通過。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

第111頁新增懷孕婦女牙周緊急處置，就是從牙周緊急處置中拆一個針對懷孕婦女的細項出來，原來點數是150點，懷孕婦女是500點，所以有價差，但是會替代以前的項目，所以價差是500點減150點。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以懷孕婦女的牙周緊急處置跟一般人差很多？從150點變成500點。

**連代表新傑**

懷孕婦女因為賀爾蒙的關係，牙齦比較容易出血，消腫會很慢，不像一般人可能洗牙完就馬上好了，有時候因為荷爾蒙，還會增生的像腫瘤一樣，出血量也變得比較明顯，這比較不好處理，跟一般緊急處置不一樣。洗牙限定3個月1次，可是他症狀就還沒消，一般緊急處置又限定每月同一部位只能申報2次，但是懷孕婦女真的比較特殊、複雜，真的跟91001C不太一樣。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以做的內容是一樣的，但是懷孕婦女比較不容易復原，所以會需要多看幾次？

**連代表新傑**

可能需要的方式、作的內容也不太一樣，一般是比較簡單的塗藥或沖洗，可是懷孕婦女可能會多了一些牙齦下沖洗或是使用藥物止血。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

請問這邊是用懷孕婦女全口牙結石清除去估算，可是這項是緊急處置，可能會高估。

**連代表新傑**

因為懷孕婦女就醫率低，是有需求、不得已才會來，所以唯一可以估的到的量就是懷孕婦女洗牙的量。

**主席 蔡副署長淑鈴**

不是每個懷孕婦女都這樣？

**連代表新傑**

這是產期第3期之後就比較容易發生，是不會每個人都有，只是有的就會比較嚴重，所以我覺得量真的不會太多。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

再來是第111頁的11歲以下的牙菌斑去除照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護，今年皆有新編列預算，牙菌斑這項算法跟協商一樣，顎顏面這項是600點，依照全聯會說法是每人20次療程。第115頁的附表3.1.1牙醫院所感染管制作業考評表，因為搭配牙醫門診加強感染管制實施方案已經不在支付標準中，所以把這個表刪除。

**醫務管理組 張專委溫溫**

補充說明這項在第94頁符合加強感染管制之牙科門診診察費的備註1，因為這張表會回歸牙醫門診加強感染管制實施方案，備註1說明所提到的附表3.1.1部分就會刪除，只會留下「牙醫特約醫事服務機構需依牙醫院所感染管制 SOP 作業細則執行」。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，有沒有問題？沒有問題。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

第117頁牙醫相對合理門診點數修訂，全聯會這次修訂適用鄉鎮，以及(三)文字刪除「該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人次在4500人以上之專任牙醫師」，這部分請全聯會說明。

**徐代表邦賢**

我們主要修訂在於，當初設定合理門診量的時空背景是以醫師人口比、醫師服務量去作考量，但是時過境遷到現在，有些鄉鎮如果只用醫師人口比去看，那個鄉鎮人口不斷流失，醫師人口比會逐漸降低，不是醫師增加而是住民減少，所以慢慢的會有些鄉鎮被這個計畫排除在外，因為醫師人口比錯誤訊息而誤以為那裡熱鬧起來了，所以我們重新審視這個計畫的適用鄉鎮，不採用醫師人口比計算，而是用戶籍人口數、人口密度，會比較符合現在對於都市型、鄉鎮型的看法，當然我們也希望這樣的改變不要影響預算太多，所以署本有個試算，希望讓非都會型鄉鎮可以確實呈現服務量，也帶動這些地區醫師服務的熱忱，不會因為以前的折附去縮減他們服務的合理給付。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

我們的估算是支出減少80萬點。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這個基本精神是說還要維持合理門診量的地區變少了，所以適用合理門診量的僅限於第121-122頁正面表列的地區，其他就是不需要合理門診量的，也就是不需要分階段折付，全部診察費都是適用第1階段。

**徐代表邦賢**

是，沒有錯。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那怎麼會金額減少？

**徐代表邦賢**

我們自己試算是有稍微增加。

**主席 蔡副署長淑鈴**

怎麼會稍微增加，應該增加很多啊？

**翁代表德育**

看起來要做折付的區塊很少，但是醫師數是絕大多數，第123頁有寫影響點數約為418萬，這是我們的試算。

**主席 蔡副署長淑鈴**

原本第123頁是負面表列，現在是要把第123頁取消，改用第121-122頁的正面

表列，那理論上第123頁原本的這些人應該是有合理量，但現在這些人不要合理量了。

**徐代表邦賢**

第93頁這部分意思是署本部估算比我們少80萬點，其實兩邊算起來影響點數都是會增加的，是因為我們無法排除專科醫師，差別在這裡。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以修正目的是希望某些地區醫師給付增加，如果服務量不動，給付也會增加，因為已經沒有第2段折付。

**陳代表彥廷**

我們是申報點數超過以後才會打折。

**主席 蔡副署長淑鈴**

不是合理門診量？

**徐代表邦賢**

其實是高額折付。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以就是第121-122頁地區有高額折付，其他地區就沒有高額折付了？

**陳代表彥廷**

其他地區就是都會區以外了。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這些地區一定會高額？

**徐代表邦賢**

不一定，所以我們在第123頁有試算。

**主席 蔡副署長淑鈴**

如果是高額折付，而不是合理量的話，問題就會少一點。好，那我們這些都通過的話，總數還是會在預算745.6百萬裡面，除了剛剛請主委回去再研究單價調整的部分，其他項目都算的話就是這樣了。好，非協商因素就是調整這些項目，大家有沒有意見？

**連代表新傑**

我只是想再確認調整支付標準表生效時間，如果公告是2月或3月，生效日會是

次月，這樣支付標準表可以回溯到年初嗎？

**主席 蔡副署長淑鈴**

最好不要啦。

**連代表新傑**

那大家要講好，因為你們都沒有回溯，只是第一季點值會浮動很大，例如北區今年第1季是1.06，第2季是0.96，已經是0.1的誤差範圍，也不見得是好事。

**主席 蔡副署長淑鈴**

晚點公告就是反映在點值，總金額是不會影響的。好，這項結束。

#### **第四案 修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」**

**醫務管理組 劉科長林義**

請看議程資料第本第193頁第四案，有關修訂牙醫門診加強感染管控實施方案，第196頁是修正第三項，本來是訂在支付標準附表3.1.1，現在移回這個方案，所以將附表刪除。第197頁本來名稱是牙醫院所感染管制 SOP 作業自評表，現在改成考評表，其他修訂在前幾次會議已經有討論過。作業細則請翻到第200頁，全聯會原本只有「針扎」的處理流程，現在統一將「針扎」改為「尖銳物」，與 CDC 感控指引一樣。第206頁考評表，上次有跟 CDC 指引對應，有些部分要請全聯會再做加強，那全聯會都有加進去了，第5項完善廢棄物處置，C級本來只有寫「有合格的清運機構清理廢棄物」而已，CDC 指引有提到要有「合適的儲藏方法及冷藏設施」，但它的冷藏設施原本是訂在 A 級，這邊是把「冷藏設施」搬到 C 級，這就有符合 CDC 的規定。第6項也是「針扎」改為「尖銳物」，以及第8項的 C 級本來只有寫「器械清洗打包後，進鍋滅菌」，上次是覺得 CDC 指引有規範要標示消毒的日期，才知道這包廢棄物放多久，那全聯會也有把這項加進去，所以都有照著我們的追蹤修訂進去。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，這是符合上次決議的內容。

**醫務管理組 劉科長林義**

但是健保署這邊有個建議，因為分成 ABC 三級，不知道有沒有誘因讓院所逐步

朝向 A 級前進？因為目前只要符合 C 級就可以申報感控診察費，但是 C 級還是相當寬鬆。

### 陳代表彥廷

其實我們都有再把標準往上拉，有時候 A 會降到 B，B 會降到 C，也就標準會一直往上拉，逐年都會做修訂，我們剛好也有接受衛福部委託對於基層院所考評的案子，也把感染管制計畫放進去，那最近我們在全國作種子教師的訓練，所以我想未來會朝著把現在比較高的標準降到 C 級來，要求是提高的。

### 主席 蔡副署長淑鈴

那把自評改成考評，可是這本來就是自評吧？就是讓院所自評，不合格再去實地訪查。

### 陳代表彥廷

我們是有申報的就抽一定比例，沒有申報也抽一定的比例。

### 主席 蔡副署長淑鈴

但基本上這張表是自評，然後你們再去抽，如果自評合格他就申報了，你們再從自評合格的院所再抽一定比例，我記得很小的比例吧？但是就會發現自評的實際上看到的不符，所以就會 lag 3個月不能申報感控診察費。所以你把自評改成考評，但實質上就是自評。

### 溫斯勇醫師

因為這個表就是分三欄，自評、考評跟備註，所以就統一叫考評表就好了，就是院所自己提供的時候叫自評，我們去看的時候叫考評，都是在同一張表。

### 主席 蔡副署長淑鈴

Ok，大家都說的很有道理。所以是考評，原本是90%以上都是合格，但是90%裡面抽不到10%，因為人力、時間排程的關係，只有抽4%，那就有一些不符合的院所，所以我們上次在探討的是，這樣的情形就表示自評是不太準的，今天我們又把標準提高了，這樣還要維持4%？剛剛講標準每年都在提高，標示消毒日期比較容易，那冷藏設施是 C 級的標準，照這樣的邏輯，不合格率應該會更高，可是你還是4%啊？這樣有助於品質提升嗎？好像在這裡改一改是無濟於事的，因為大家自己評一評都是合格的，反正不一定抽到我，96%是抽不到的。

**陳代表彥廷**

其實不是，每次到那個期間，院所都會非常緊繃。

**主席 蔡副署長淑鈴**

緊繃是怕落入4%啊。

**陳代表彥廷**

但是大家都會回來檢視啊，因為都有可能被抽到。

**主席 蔡副署長淑鈴**

如果是這樣，4%都還有一定比例不合格？現在的操作是想讓大家都變好，但是動作卻沒有往那個方向走啦。

**陳代表彥廷**

很多感染管制的廠商都越賣越好，甚至還幫我們印手冊，哪些配套、藥水要怎麼用都編在裡面。所以表示它相當活躍，不然不會投入這麼多的資金做這些 promotion，那這些感染管制監測用品就是有這麼大的使用量。

**主席 蔡副署長淑鈴**

什麼時候去抽啊？我們都是幾月份去做這件事情？

**翁代表德育**

我們在5月會有一個全國共識營，那大概在7月全國六分區就開始去做。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，這次主要是在 C 級有照著 CDC 指引修訂，然後就以觀後效囉，那人力如果夠，我們上次也討論4%太低了，現在只有懲罰3個月，人性就會去想說我不一定會是4%，我有可能是9%啊，那我就先領了，目前機制是就算我運氣再怎麼不好被抽到了，也只是1年12個月只少領3個月。代價要高一點啦，這樣自評真實性才會比較高，總是要互信，那誘因就要往同一個方向去做。好，那請問各位代表這個案子還有沒有意見？沒有意見就通過了，今天就到這裡。