

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

112 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 3 月 7 日 14 時整

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：李副署長丞華

紀錄：阮柏叡

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
成代表庭甄	成庭甄	陳代表義聰	(請假)
何代表世章	(請假)	黃代表兆杰	黃兆杰
吳代表志浩	吳志浩	黃代表克忠	黃克忠
吳代表廸	吳廸	黃代表俊仁	黃俊仁
吳代表明彥	吳明彥	黃代表智嘉	黃智嘉
林代表敬修	林敬修	楊代表玉琦	楊玉琦
林代表鎰麟	林鎰麟	董代表正宗	(請假)
邱代表昶達	邱昶達	劉代表振聲	劉振聲
洪代表純正	洪純正	蔡代表東螢	(請假)
范代表景章	范景章	蔡代表建宗	蔡建宗
徐代表邦賢	徐邦賢	蔡代表蕙如	蔡蕙如
翁代表德育	翁德育	謝代表偉明	謝偉明
張代表香茂	張香茂	簡代表志成	簡志成
陳代表亮光	陳亮光	顏代表國濱	顏國濱
陳代表彥廷	陳彥廷	羅代表界山	羅界山
陳代表淑華	陳淑華	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、張靈
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	楊文甫、蔡欣原、連新傑 廖秋英、邵格蘊、許家禎 潘佩筠
中華民國藥師公會全國聯合會	(請假)
台灣醫院協會	許雅琪、吳昱嫻、鄭禮育
中華牙醫學會	黃雪棟
本署臺北業務組	楊淑娟*、邱玲玉*、吳逸芸*
本署北區業務組	謝明珠*、黃毓棠*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、王奕晴*、林裕能* 戴秀容*、陳淑英*、張念賓*
本署南區業務組	丁增輝*、賴文琳*
本署高屏業務組	李金秀*、黃皓綱*、李昀融* 吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、陳珮毓*
本署醫審及藥材組	連恆榮、賴昱廷、林宏修 陳盈如
本署醫務管理組	張作貞、陳依婕、洪于淇 呂姿曄、朱文玥、黃怡娟 劉立麗、鄭智仁、蔡孟芸 李佩純

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：下列 3 項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號 1：修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」。

二、序號 2：「牙醫門診加強感染管制實施方案」：

(一)非健保特約院所實地訪查作業俟疫情緩和後請衛生福利部口腔健康司持續追蹤。

(二)為利牙醫感染管制外展點書面評核作業，請牙全會提供外展點書評上傳名單，並配合本署各分區業務組意見勘誤及修正，待分區業務組同意核備後，本署將盡速將相關名單匯入「牙醫感染管制外展點書評系統及登錄系統」，並請牙全會協助轉知會員上傳外展點資料。

三、序號 3：支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用日期案：請牙全會研議全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之修訂支付標準相關規範。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：

一、洽悉。

二、有關牙周病統合照護年度預算成長率之計算公式，請健保會釋示。

三、111 年度牙醫總額專款項目執行率偏低之試辦計畫，請牙全會於下次會議提案報告原因及輔導規劃。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項扣減費用案。

決定：依據 111 年度牙醫總額協定事項，「高風險疾病口腔照護」及「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，須依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度或於一般服務扣減重複部分費用，扣減方式如下：

- 一、高風險疾病口腔照護預估需扣減未執行額度約 401.5 百萬點，分攤於 111 年第 3 季扣減 200 百萬元、第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。
- 二、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫第 3 季扣減一般服務費用約 0.55 百萬元，第 4 季依實際執行結果扣減。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

- 一、111 年第 3 季各分區一般服務點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.92241459	0.98003785	1.00671644	1.05586933	1.01872670	1.20486415	1.00240328
平均點值	0.95274782	1.02149076	1.01318371	1.06685940	1.02522458	1.22820666	1.00238382

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

- 三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第六案

報告單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：牙全會輔導 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費院所結

果報告案。

決定：請牙全會提供輔導未果之 22 家診所名單，由本署轉知衛生福利部口腔健康司，協請衛生福利部疾病管制署結合醫療機構感染管制查核作業，將前開診所優先納入地方衛生主管機關牙醫診所查核規劃對象。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案。

決議：本案通過如附件一，重點摘要如下：

112 年牙醫總額地區預算分配方式，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，「牙周病統合治療方案」分配 8.724 億元，「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」移撥 0.15 億元，共 12.474 億元。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。

決議：

一、本案通過如附件二，修訂重點如下：

(一)核發資格第二點「不符合加強感染管制院所」修正為「院所全年度未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者」。

(二)修訂專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」，新增全口牙結石清除術相關醫令代碼，並刪除第3項次指標。

(三)政策獎勵指標(二)「牙周病統合照護品質」之核算基礎，由 15% 調降為 5%。

(四)新增政策獎勵指標(七)「高風險疾病患者照護」，核算基礎為 10%，適用於醫院及基層，指標定義為：該院所當年度高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)申報件數 12 件(含)以上。

二、請牙全會配合牙醫門診總額公告協定事項，持續檢討本方案之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」案。

決議：

一、本案通過如附件三，修訂重點如下：

(一)依 110 年度全國牙醫師人口比修正適用鄉鎮篩選條件，並配合更新適用鄉鎮名單，爰新增彰化縣社頭鄉、高雄市茄萣鄉及台東縣大武鄉為適用鄉鎮。

(二)第七點-獎勵方式之點值結算年度，考量 110 年點值受疫情影響，點值結算年度維持 109 年，爰備註文字修訂為「六分區中點值最低之分區定義為結算年度 109 年各季浮動點值平均低於 1 元且低全國平均 0.04 元」。

(三)配合 112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案文字，第八點-不予核發資格(五)「不符合加強感染管制院所」，修正為「院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者」。

(四)第八點-不予核發資格(六)「未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2 件(含)以上者」，新增「惟離島地區不受此限」之文字。

二、請本署提供「符合弱勢鄉鎮地區，惟經不予核發資格(六)未執行牙特案件2件(含)以上、(七)未執行口腔癌篩檢所排除」之牙醫院所名單，請牙全會協助進行輔導。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂牙醫支付標準「環口全景X光初診診察」申報頻率案。

決議：牙醫部門代表表示有關牙醫支付標準整體支付規範研修已在進行，爰本案由牙全會攜回研議，並於下次會議提案討論。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：為維護保險對象就醫權益，請牙全會研議將「顯微根管治療」納入新增診療項目案。

決議：本案請牙全會偕同牙髓病學會進行研議，再提案本會議討論。

肆、臨時動議：

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關「112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」，新增申報齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)及超音波根管沖洗(P7303C)，請討論案。

決議：

一、本案通過，同意「112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」執業計畫診所及巡迴計畫醫療團皆得提供支付標準「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)及「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務，並追溯自112年3月1日起申報。

二、另建議牙全會於每年提報各巡迴地點固定式診療椅設置情形資料加註「超音波根管沖洗」設備情形備查。

伍、散會：16 時 16 分。

陸、與會人員發言摘要詳附件四。

112 年度牙醫門診總額地區分配預算

112 年 3 月 7 日牙醫門診總額研商議事會議 112 年第 1 次會議

112 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 112 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 ~~12.324~~12.474 億元，用於下列 67 個項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
- 三、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
- 四、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
- 五、「牙周病統合治療實施方案」(經費 8.724 億元)：六分區預算按 ~~109~~110 年 7 月至 ~~110~~111 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
- 六、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費 0.15 億，對象為該季點值小於 1.0 的分區：其執行高風險患者牙結石清除(91090C)醫令點值以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元。
- 七、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費

用總額，並依 ~~109~~110 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

112 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案

中華民國 112 年 0 月 0 日健保醫字第 0000000000 號公告

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

參、方案目的

本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。

肆、核發資格

牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且無下列情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：

一、醫療行為異常暨違規院所：

(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。

(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：

1. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。
2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。
3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以終止特約者。

[註]：上述違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分

者)，倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

二、~~不符合加強感染管制院所：院所未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且~~院所全年度未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。

伍、核發原則：

一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。

二、政策獎勵：共六項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。

三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。

[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限

四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「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」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。

陸、預算分配與支用

一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數(受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之，公式如下：

(一)該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) × 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數) × ∑核算基礎比率

(二)該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/ ∑各院所核算基礎點數) × 當年度品質保證保留款

二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單，以及衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符

合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。

柒、其他事項

辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率$\leq 7\%$。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。 e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。 f.公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。 g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 109 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	20%	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率$\leq 10\%$者。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之乳牙顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數。 e.公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。 f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(109 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。 h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。	20%	V	V
(三) 恆牙根管治療	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，且根管治療點數占總點數之百分比須大於 5 % 者： 1.恆牙根管治療完成半年後的保存率$\geq 95\%$。	20%	V	V

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	[註]a.資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令。 b.分子：醫療院所就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 c.分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。 d.計算：1-(分子/分母) x100%。 e.該院所該年須有 12 個月的申報資料。 2.恆牙根管治療未完成率<30%。 [註]a.定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。 b.計算公式：[1-(90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C)/90015C]。 3.院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90098C)且其中 1 例同時同案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。			
(四) 全口牙 結石清除	分為下列 <u>3-2</u> 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準： 1.全口牙結石清除比率>20 %。 [註]a.分子：醫療院所申報 12 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C + <u>91005C + 91017C + 91089C + 91090C</u>)的人數。 b.分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。 c.計算：分子/分母 x100 %。 2.施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率>20%。 [註] <u>a.分子：當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(醫令代碼 併同 91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C)的人數。</u> <u>全部全口牙結石清除人數</u> <u>b.分母：全部全口牙結石清除人數。</u> <u>c.計算：分子/分母 x100 %。</u>	10%	V	V

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	3.該醫療院所同一病人往前追溯 180 天內重複執行全口牙結石醫令(含跨院)件數比例≤該層級 99 年度全國 80 百分位，且依兩層級(醫院、診所)分別核算。 [註](半年內重複執行 91004C 之案件數)/該醫療院所執行 91004C 總案件數。			
核算基礎小計		70%		

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療(91015C、91016C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第3階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	15% 5%	V	V
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫。	10%	V	
(四) 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件： 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 ≥1 件（不含預防保健案件）。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所訂。	3%		V
(五) 月平均初核核減率	110 111 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	5%		V
(六) 特殊醫療服務計畫	1.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。	2%	V	V
	2.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。	2%		V
(七) <u>高風險疾病患者照護</u>	<u>該院所當年度高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)申報件數 12 件(含)以上。</u>	<u>10%</u>	<u>V</u>	<u>V</u>
核算基礎小計			30%	30%

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-加計獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
口 腔 癌 篩 檢、戒菸治 療服務	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。	2%		V

112年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務

提升獎勵計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、實施目的：

為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。

三、預算來源：

~~111~~**112**年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。

四、實施時程：

~~111~~**112**年 1 月 1 日起至 ~~111~~**112**年 12 月 31 日止。

五、實施對象：

隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。

六、適用鄉鎮：篩選條件如下：

- (一) 戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1：~~3,054~~**2,970**(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1：~~6,108~~**5,940**(全國平均值*4)。

[註]：~~109~~**110**年全國牙醫師人口比為1:~~4,527~~**1,485**。

(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。

(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 ~~110~~111 年計畫起名單沿用 2 年(~~111~~112 年計畫名單包含 ~~110~~111 年適用鄉鎮及 ~~111~~112 年適用鄉鎮)。

七、獎勵方式：

(一) 獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。

1. 六分區中點值最低之分區，屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計6%，超過50萬點部分不加計。

[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(~~109~~年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。

2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。
3. 季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ各診所該季原核發金額)計算。

(二) 不納入加計點數計算之案件：

1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。
2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。
3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。
4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。
5. 「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」。
6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。

- (三)本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

八、基層診所所有下列情形者，不予核發：

- (一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。
- (二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(~~106~~107年至110111年)至當年(111112年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。
- (三)本計畫實施前一年(110111年)至當年(111112年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達5萬點(含)以上者。
- (四)本計畫實施前一年(110111年)基層診所平均月初核減率在全國90百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。
- (五)~~不符合加強感染管制院所：未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且~~院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。
- (六)未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2件(含)以上者：當季該院所未申報院所內牙特案件2件(含)以上者；惟離島地區不受此限。
- (七)未執行口腔癌篩檢者：當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。

九、其他事項：

- (一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。
- (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

1112 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

適用名單

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
1	台北	宜蘭縣	三星鄉	21,215	147	2	10,608
2	台北	宜蘭縣	大同鄉	6,137	9	1	6,137
3	台北	宜蘭縣	五結鄉	40,297	1,037	4	10,074
4	台北	宜蘭縣	冬山鄉	53,024	664	3	17,675
5	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	24,366	633	2	12,183
6	台北	宜蘭縣	南澳鄉	5,954	8	1	5,954
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	32,258	288	2	16,129
8	台北	宜蘭縣	頭城鎮	28,819	286	9	3,202
9	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	35,274	348	7	5,039
10	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	38,864	437	6	6,477
11	台北	金門縣	金沙鎮	20,732	503	1	20,732
12	台北	金門縣	金城鎮	43,000	1,980	9	4,778
13	台北	金門縣	金湖鎮	30,400	729	4	7,600
14	台北	金門縣	金寧鄉	33,070	1,108	1	33,070
15	台北	金門縣	烈嶼鄉	12,733	796	1	12,733
16	台北	金門縣	烏坵鄉	662	552	0	無牙醫鄉
17	台北	連江縣	北竿鄉	2,717	274	1	2,717
18	台北	連江縣	東引鄉	1,435	378	1	1,435
19	台北	連江縣	南竿鄉	7,638	734	6	1,273
20	台北	連江縣	莒光鄉	1,489	317	1	1,489
21	台北	新北市	三芝區	22,540	342	3	7,513
22	台北	新北市	平溪區	4,424	62	0	無牙醫鄉
23	台北	新北市	石門區	11,480	224	0	無牙醫鄉
24	台北	新北市	石碇區	7,565	52	1	7,565
25	台北	新北市	坪林區	6,703	39	0	無牙醫鄉
26	台北	新北市	金山區	21,127	429	4	5,282
27	台北	新北市	烏來區	6,416	20	1	6,416
28	台北	新北市	貢寮區	11,782	118	1	11,782
29	台北	新北市	萬里區	21,710	343	1	21,710
30	台北	新北市	雙溪區	8,468	58	1	8,468
31	北區	苗栗縣	三義鄉	15,665	226	2	7,833
32	北區	苗栗縣	三灣鄉	6,364	122	1	6,364
33	北區	苗栗縣	大湖鄉	13,884	153	1	13,884
34	北區	苗栗縣	公館鄉	32,397	453	5	6,479
35	北區	苗栗縣	西湖鄉	6,729	164	1	6,729
36	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	16,196	212	3	5,399
37	北區	苗栗縣	南庄鄉	9,573	58	1	9,573
38	北區	苗栗縣	後龍鎮	35,221	465	9	3,913

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
39	北區	苗栗縣	泰安鄉	5,782	9	0	無牙醫鄉
40	北區	苗栗縣	通霄鎮	33,061	307	6	5,510
41	北區	苗栗縣	造橋鄉	12,177	254	2	6,089
42	北區	苗栗縣	獅潭鄉	4,158	52	0	無牙醫鄉
43	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	17,279	220	2	8,640
44	北區	苗栗縣	頭屋鄉	10,240	195	1	10,240
45	北區	桃園市	復興區	12,354	35	1	12,354
46	北區	桃園市	新屋區	49,333	580	5	9,867
47	北區	新竹市	香山區	78,744	1,436	9	8,749
48	北區	新竹縣	五峰鄉	4,487	20	0	無牙醫鄉
49	北區	新竹縣	北埔鄉	9,035	178	1	9,035
50	北區	新竹縣	尖石鄉	9,646	18	1	9,646
51	北區	新竹縣	芎林鄉	19,872	487	2	9,936
52	北區	新竹縣	峨眉鄉	5,403	115	1	5,403
53	北區	新竹縣	新埔鎮	33,027	457	4	8,257
54	北區	新竹縣	橫山鄉	12,547	189	1	12,547
55	北區	新竹縣	關西鎮	27,775	221	6	4,629
56	北區	新竹縣	寶山鄉	14,619	226	1	14,619
57	中區	南投縣	中寮鄉	14,301	98	0	無牙醫鄉
58	中區	南投縣	仁愛鄉	15,818	12	0	無牙醫鄉
59	中區	南投縣	水里鄉	16,980	159	3	5,660
60	中區	南投縣	名間鄉	37,507	451	4	9,377
61	中區	南投縣	信義鄉	15,878	11	1	15,878
62	中區	南投縣	國姓鄉	17,965	102	1	17,965
63	中區	南投縣	魚池鄉	15,466	127	2	7,733
64	中區	南投縣	鹿谷鄉	17,231	121	2	8,616
65	中區	南投縣	集集鎮	10,461	210	1	10,461
66	中區	彰化縣	二水鄉	14,642	497	2	7,321
67	中區	彰化縣	大村鄉	38,457	1,249	6	6,410
68	中區	彰化縣	大城鄉	16,119	253	1	16,119
69	中區	彰化縣	永靖鄉	36,300	1,759	4	9,075
70	中區	彰化縣	田尾鄉	26,691	1,110	1	26,691
71	中區	彰化縣	竹塘鄉	14,808	351	0	無牙醫鄉
72	中區	彰化縣	伸港鄉	37,740	1,690	4	9,435
73	中區	彰化縣	芬園鄉	23,188	610	4	5,797
74	中區	彰化縣	芳苑鄉	32,720	358	1	32,720
75	中區	彰化縣	埔心鄉	34,451	1,644	5	6,890
76	中區	彰化縣	埔鹽鄉	31,919	827	2	15,960
77	中區	彰化縣	埤頭鄉	30,072	703	3	10,024
78	中區	彰化縣	溪州鄉	29,158	385	8	3,645
79	中區	彰化縣	線西鄉	16,665	921	1	16,665

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
80	中區	臺中市	大安區	18,864	688	1	18,864
81	中區	臺中市	外埔區	31,940	753	2	15,970
82	中區	臺中市	石岡區	14,670	806	1	14,670
83	中區	臺中市	和平區	10,809	10	2	5,405
84	中區	臺中市	新社區	24,064	349	2	12,032
85	南區	雲林縣	二崙鄉	26,029	437	0	無牙醫鄉
86	南區	雲林縣	口湖鄉	26,403	328	0	無牙醫鄉
87	南區	雲林縣	土庫鎮	28,305	577	4	7,076
88	南區	雲林縣	大埤鄉	18,604	413	4	4,651
89	南區	雲林縣	元長鄉	24,694	345	1	24,694
90	南區	雲林縣	水林鄉	24,177	331	1	24,177
91	南區	雲林縣	古坑鄉	30,868	185	3	10,289
92	南區	雲林縣	四湖鄉	22,387	290	1	22,387
93	南區	雲林縣	東勢鄉	14,155	293	2	7,078
94	南區	雲林縣	林內鄉	17,434	464	2	8,717
95	南區	雲林縣	崙背鄉	23,784	407	4	5,946
96	南區	雲林縣	麥寮鄉	47,951	598	5	9,590
97	南區	雲林縣	莿桐鄉	28,311	557	4	7,078
98	南區	雲林縣	臺西鄉	23,012	425	1	23,012
99	南區	雲林縣	褒忠鄉	12,477	337	3	4,159
100	南區	嘉義縣	大埔鄉	4,560	26	0	無牙醫鄉
101	南區	嘉義縣	中埔鄉	44,131	341	4	11,033
102	南區	嘉義縣	六腳鄉	22,196	356	1	22,196
103	南區	嘉義縣	太保市	38,536	576	8	4,817
104	南區	嘉義縣	水上鄉	49,012	709	6	8,169
105	南區	嘉義縣	布袋鎮	25,990	421	3	8,663
106	南區	嘉義縣	竹崎鄉	34,797	214	6	5,800
107	南區	嘉義縣	東石鄉	23,766	291	0	無牙醫鄉
108	南區	嘉義縣	阿里山鄉	5,527	13	0	無牙醫鄉
109	南區	嘉義縣	梅山鄉	18,687	156	5	3,737
110	南區	嘉義縣	鹿草鄉	14,913	275	2	7,457
111	南區	嘉義縣	番路鄉	11,180	95	1	11,180
112	南區	嘉義縣	新港鄉	31,162	472	6	5,194
113	南區	嘉義縣	溪口鄉	14,055	425	1	14,055
114	南區	嘉義縣	義竹鄉	17,602	222	5	3,520
115	南區	臺南市	七股區	22,142	201	0	無牙醫鄉
116	南區	臺南市	下營區	23,452	699	4	5,863
117	南區	臺南市	大內區	9,200	131	1	9,200
118	南區	臺南市	山上區	7,128	256	0	無牙醫鄉
119	南區	臺南市	六甲區	21,668	321	4	5,417
120	南區	臺南市	北門區	10,601	240	1	10,601

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
121	南區	臺南市	左鎮區	4,569	61	0	無牙醫鄉
122	南區	臺南市	玉井區	13,602	178	2	6,801
123	南區	臺南市	白河區	27,245	216	6	4,541
124	南區	臺南市	安定區	30,374	971	1	30,374
125	南區	臺南市	西港區	24,522	726	2	12,261
126	南區	臺南市	官田區	21,212	300	3	7,071
127	南區	臺南市	東山區	20,152	161	1	20,152
128	南區	臺南市	南化區	8,398	49	0	無牙醫鄉
129	南區	臺南市	後壁區	22,755	315	3	7,585
130	南區	臺南市	將軍區	19,073	454	1	19,073
131	南區	臺南市	楠西區	9,178	84	1	9,178
132	南區	臺南市	學甲區	25,293	468	7	3,613
133	南區	臺南市	龍崎區	3,768	59	0	無牙醫鄉
134	南區	臺南市	關廟區	33,941	633	3	11,314
135	南區	臺南市	鹽水區	25,001	479	8	3,125
136	高屏	屏東縣	九如鄉	21,962	523	2	10,981
137	高屏	屏東縣	三地門鄉	7,689	39	0	無牙醫鄉
138	高屏	屏東縣	竹田鄉	16,615	571	2	8,308
139	高屏	屏東縣	牡丹鄉	4,865	27	0	無牙醫鄉
140	高屏	屏東縣	車城鄉	8,278	166	1	8,278
141	高屏	屏東縣	里港鄉	25,707	373	5	5,141
142	高屏	屏東縣	佳冬鄉	18,620	601	1	18,620
143	高屏	屏東縣	來義鄉	7,448	44	1	7,448
144	高屏	屏東縣	枋山鄉	5,240	303	0	無牙醫鄉
145	高屏	屏東縣	枋寮鄉	23,680	410	5	4,736
146	高屏	屏東縣	長治鄉	29,470	739	3	9,823
147	高屏	屏東縣	南州鄉	10,364	546	3	3,455
148	高屏	屏東縣	春日鄉	4,947	31	0	無牙醫鄉
149	高屏	屏東縣	崁頂鄉	15,378	492	0	無牙醫鄉
150	高屏	屏東縣	泰武鄉	5,351	45	0	無牙醫鄉
151	高屏	屏東縣	琉球鄉	12,121	1,782	2	6,061
152	高屏	屏東縣	高樹鄉	23,775	264	3	7,925
153	高屏	屏東縣	新埤鄉	9,561	162	0	無牙醫鄉
154	高屏	屏東縣	新園鄉	33,939	886	6	5,657
155	高屏	屏東縣	獅子鄉	4,839	16	0	無牙醫鄉
156	高屏	屏東縣	萬巒鄉	20,189	332	1	20,189
157	高屏	屏東縣	滿州鄉	7,471	53	0	無牙醫鄉
158	高屏	屏東縣	瑪家鄉	6,768	86	1	6,768
159	高屏	屏東縣	霧臺鄉	3,247	12	0	無牙醫鄉
160	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	24,999	388	3	8,333
161	高屏	高雄市	大樹區	41,764	624	6	6,961

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
162	高屏	高雄市	內門區	13,976	146	0	無牙醫鄉
163	高屏	高雄市	六龜區	12,391	64	4	3,098
164	高屏	高雄市	永安區	13,705	606	1	13,705
165	高屏	高雄市	田寮區	6,919	75	0	無牙醫鄉
166	高屏	高雄市	甲仙區	5,877	47	0	無牙醫鄉
167	高屏	高雄市	杉林區	11,541	111	0	無牙醫鄉
168	高屏	高雄市	那瑪夏區	3,147	12	0	無牙醫鄉
169	高屏	高雄市	阿蓮區	28,331	818	4	7,083
170	高屏	高雄市	美濃區	38,611	322	5	7,722
171	高屏	高雄市	茂林區	1,915	10	0	無牙醫鄉
172	高屏	高雄市	桃源區	4,223	5	0	無牙醫鄉
173	高屏	高雄市	湖內區	29,882	1,482	4	7,471
174	高屏	高雄市	旗津區	27,785	18,980	5	5,557
175	高屏	高雄市	彌陀區	18,872	1,277	2	9,436
176	高屏	澎湖縣	七美鄉	3,885	556	0	無牙醫鄉
177	高屏	澎湖縣	白沙鄉	9,907	493	1	9,907
178	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,353	446	2	4,177
179	高屏	澎湖縣	馬公市	63,206	1,859	31	2,039
180	高屏	澎湖縣	望安鄉	5,371	390	0	無牙醫鄉
181	高屏	澎湖縣	湖西鄉	15,230	457	2	7,615
182	東區	花蓮縣	光復鄉	12,369	79	2	6,185
183	東區	花蓮縣	秀林鄉	16,143	10	1	16,143
184	東區	花蓮縣	卓溪鄉	6,036	6	0	無牙醫鄉
185	東區	花蓮縣	富里鄉	10,004	57	1	10,004
186	東區	花蓮縣	新城鄉	20,058	682	6	3,343
187	東區	花蓮縣	瑞穗鄉	11,312	83	0	無牙醫鄉
188	東區	花蓮縣	萬榮鄉	6,237	10	0	無牙醫鄉
189	東區	花蓮縣	壽豐鄉	17,589	81	2	8,795
190	東區	花蓮縣	鳳林鎮	10,821	90	2	5,411
191	東區	花蓮縣	豐濱鄉	4,376	27	0	無牙醫鄉
192	東區	臺東縣	太麻里鄉	10,925	113	1	10,925
193	東區	臺東縣	成功鎮	13,505	94	1	13,505
194	東區	臺東縣	池上鄉	8,073	98	2	4,037
195	東區	臺東縣	卑南鄉	16,961	41	0	無牙醫鄉
196	東區	臺東縣	延平鄉	3,549	8	1	3,549
197	東區	臺東縣	東河鄉	8,203	39	0	無牙醫鄉
198	東區	臺東縣	金峰鄉	3,699	10	1	3,699
199	東區	臺東縣	長濱鄉	6,926	45	0	無牙醫鄉
200	東區	臺東縣	海端鄉	4,105	5	1	4,105
201	東區	臺東縣	鹿野鄉	7,601	85	0	無牙醫鄉
202	東區	臺東縣	達仁鄉	3,489	11	0	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
203	東區	臺東縣	綠島鄉	4,026	267	1	4,026
204	東區	臺東縣	關山鎮	8,420	143	2	4,210
205	東區	臺東縣	蘭嶼鄉	5,249	108	1	5,249
206	中區	彰化縣	社頭鄉*	42,026	1,163	7	6,004
207	高屏	高雄市	茄萣區*	29,812	1,891	5	5,962
208	東區	臺東縣	大武鄉*	5,635	81	1	5,635

註 1：資料來源：戶籍人口數、土地面積(~~108~~109.12 內政部內政統計資料)、牙醫師數
(衛生福利部 ~~108~~109 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計)

註 2：牙醫師人口比(戶籍人口數/牙醫師數)、人口密度(戶籍人口數/平方公里)

註 3：*為 ~~111~~112 年新增鄉鎮，資料以 ~~109~~110 年相關資料計算。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議

112 年第 1 次會議與會人員發言摘要

主席致詞及前次會議紀錄確認

主席：

今天是牙醫門診總額 112 年第 1 次研商的議事會議，我們準備開始。陳理事長還有各位代表，大家午安！今天有五位是新代表，第一位是健保會的楊玉琦代表、第二位是台灣醫學中心協會的蔡蕙如代表、第三位是台灣社區醫院協會的蔡建宗代表、第四位是衛生福利部口腔司的成庭甄代表、最後一位是本署新聘任的專家學者徐邦賢代表。歡迎你們。現在請大家確認會議紀錄，如果沒有問題的話，我們就進到報告事項第一案。

報告事項第一案

案由：牙醫門診總額研商議事會議開會規則

主席：

各位對這個報告案有沒有問題或建議要修正的？如果沒有的話，我們就進入第二個報告案。

報告事項第二案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席：

各位代表對於這個上次會議紀錄的追蹤事項，那總共有三項繼續列管，其他的都解除列管，各位有沒有什麼要詢問，或是要建議跟修訂的？

簡代表志成：

主席、各位委員代表，大家好。我是全聯會特殊計畫召集人簡志成，在這裡第一次發言。有關於追蹤事項的第五點，因為我們的特殊條例有修改，就是自閉、失智症比照極重度加九成給付，那2月10號公告，並自1月1號開始實施。但現在產生一個問題，1月份已經產生申報過的，那這部分的補付該怎麼處理？是署這邊請分區業務組直接核算追扣補付，還是要由院所端補報？因為補報會卡一個問題，有些分區的控管是補報就不得免審，變成必定要審。那這樣的話對院所端來講，不是非常的適當。那所以在這裡看看署本怎麼決定，比較看怎樣處理讓大家知道，需要補申報的，基本上都是1月的資料，因為2月10號公告之後，2月份的這些申報資料，應該都有更正過來。這個部分請再確認一下，以上，謝謝。

主席：

這個部分同仁要說明，來。

醫務管理組陳依婕專門委員：

是，謝謝簡代表的提問。關於這個問題我們會做評估，因為在我們的申報資料端，無法區辨他到底是失智症還是自閉症的人，所以我們沒有辦法透過全署一起做補付的這個作業，可能要麻煩院所補報。但是您剛剛也有講到院所端補報時的顧慮，這一段我們會跟分區業務組溝通，在補報的時候，針對這個牙特為了失智症、自閉症這個加成補報這部分，要特別的考量，這個我們會再跟分區業務組溝通，以上。

翁代表德育：

請問一下，為什麼這一次沒有辦法同意由署本或是業務組那邊直接來核算？

醫務管理組陳依婕專門委員：

好。原因是因為我們現在報特定治療項目代碼是依照身障的輕、中、重度，或中重度來分。那這邊我們沒有辦法確認病人當時身心障礙證明的類別是失智症還是自閉症。

簡代表志成：

不好意思，因為我們現在有限定障別跟程度嘛，所以理論上我們申報的時候，譬如說會勾假設 06 智能等智能發育障礙，再加上輕、中、重、極重，它每個代碼都有，這個你們的電腦代碼都有，就是每個障別加每個程度它都有配一個代碼。所以它現在只是要把自閉或失智的輕、中、重，拉出來變成極重，那這樣應該是在署本的電腦端就可以做，因為每個代碼我們都有申報出去了，我們在診所申報都是這樣填的。

醫務管理組陳依婕專門委員：

連包含 06 都有出來嗎？

簡代表志成：

對。

醫務管理組陳依婕專門委員：

因為在我們這邊的話，我們看到是特定治療項目代碼。

簡代表志成：

那可是我們都有出來，包括自閉症 11，包括這些都點得出來。就是我這樣子之後，再搭配到輕、中、重、極重，你才能分別出它的礙別符不符合，跟程度符不符合，然後算加成。

醫務管理組陳依婕專門委員：

好，那我們會後確認一下。原則上是前述的這樣。

簡代表志成：

對。我們院所申報端這些代碼，甚至我們在給它大家的代碼，每一個代碼都出來了，所以我們的代碼很多。

醫務管理組陳依婕專門委員：

好，明白。因為我知道我們這個牙特放在特定治療項目代碼真的非常多，但是如果沒錯的話，會後我們再確認一下。但是如果真的從申報端沒辦法完全勾稽出來，那就沒辦法由署本部這邊一併做補付了。那如果可以的話，由我們處理也減輕大家的困擾。

簡代表志成：

OK，謝謝。那我們現在就是稍微確認，是要讓六分區能夠有所依循。如果署本這邊電腦作業可以完成的話，就是由署本這邊統一補付。如果不行的話，就要由各院所去補報。那補報如果各分區的醫管有什麼管理措施，是不是能夠去做一個排除，那想做這樣的一個確認，謝謝。

主席：

好。那就是我們同仁把它記下來，那後續再跟他們做回應。

楊文甫醫師：

主席，謝謝主席，我是列席的醫師，我是牙全會的 SOP 的召集人。那麻煩大家看一下追縱的第二個項次。那其中括弧三就是 111 年第 2 次會議決議重點，我們的外展點書面評核名單已經給署方了，那就是請署方再作業。因為原本 3 月 1 號可以上傳的時間已經到了，但是好像目前是還沒有辦法上傳的樣子，那這邊就麻煩署的資訊再作業一下。另外主席報告一下，追縱的項次三，111 年第 4 次會議的決議有幾項，那其中第四項的 64 家的輔導狀況，等一下的報告案會我們會報告。然後是請我們牙全會要研議全面適用感控診察費的規範配套措施，我們會內已經有一個初步結果，目前在走我們會內的流程，跟主席報告一下，大概下一次 5 月 23 的會議就會提出來，以上報告，謝謝。

主席：

我們同仁有要回應嗎？

醫務管理組阮柏叡科員：

我這邊回應剛剛楊醫師提到外展點管制書面評核上傳名單的部分。牙全會在 112 年 2 月 20 日已經提供外展點書面評核的名單給本署各分區業務組核備，不過分區發現名單上面有一些問題，目前還在跟牙全會確認中。其中比較大的問題是牙全會這一次提供的名單裡面，缺少了醫缺方案的執業計畫院所提供外展點醫療服務的資料，那詢問牙全會是回應說因為執業計畫名單變動率比較高，可能沒辦法完整提供。那想說這部分是不是我們今天會上來討論雙方共識，執業計畫院所的外展服務是需要進行書評作業還是要排除，再討論一下，謝謝。

楊文甫醫師：

好，沒關係，那我們就等一下討論。

主席：

那我們就進入下一個報告案，報告案三。

報告事項第三案

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

主席：

各位代表對於這個 64 頁的報告，有沒有要詢問或要建議要修正？。

翁代表德育：

主席，大家午安。我是翁德育，我第一次發言。不好意思，問題有一點多，所以我一個一個來。那請大家翻到一下，就是我們簡報第 17 張，就所謂的牙醫師的執行數。那大家看到 110 年跟 111 年，那我們牙醫總共成長了 265 人。那這個跟以往是不一樣，這也跟我們的認知有一點落差。因為我們以前牙醫增加的人數，至少都還有三百多人，那不清楚為什麼 111 年相對 110 年，只有增加了 265 位牙醫師，以上。

主席：

第幾張？

翁代表德育：

第 17 張，我不曉得那個資料是哪一年是怎麼來的，為什麼跟以前有那麼大的落差，跟事實是有落差。

醫務管理組洪于淇專門委員：

我們來源是那個年底的，年底的時候登記的醫師數，年底的，有效的醫師數。

翁代表德育：

我們是只有登記到 12 月底的牙醫師的總數，是只有到 12 月嗎？

醫務管理組洪于淇專門委員：

12 月的時候有效的登記數目。

翁代表德育：

那個 12 月，所以你們撈的也是有申報的健保醫師數對不對？

醫務管理組洪于淇專門委員：

沒有。跟申報沒有關係。

翁代表德育：

跟申報沒有關係，只有登記的醫師數。

醫務管理組洪于淇專門委員：

對，登記的醫師數。

翁代表德育：

署本我們有登記醫師數的資料？

醫務管理組陳依婕專門委員：

因為我們的系統，每一天衛生主管機關都會拋執業登記的資料給我們，所以我們有醫療系統可以統計牙醫師執業登記的醫師數。

翁代表德育：

這個我們不清楚嘛，覺得蠻奇怪的一件事情。不好意思，那第二個問題請大家翻到 PowerPoint 的 25 頁，那個是在講我們牙周病統合照計畫，那我們現在預算是達 85.4%，那這邊有一個全年預算的備註的三有寫說，這個預算是怎麼來的，當然我現在講的事情是不會影響我們預算執行率的，沒有超過 80%這件事情，但我覺得這個預算，我們有必要跟大家切磋一下，因為很多事情不是只有牙周病統合照計畫，將來我們有一些預算直接被扣的話，按照這個算法，我們以後可能窮死了。那大家請看這個細節出在哪裡，我們現在新的一年的預算，是舊的項目要乘以當年一般服務成長率，所以我們一般服務成長率裡面有很多，包括有非協商跟協商。非協商算是另外一回事，那協商就有一點奇怪。譬如我們協商裡面有其他的項目，它也會累積成長率，看起來它是把其他項目的成長點，放在牙周病統合照的計畫。所以我的意思，我們不在今天討論，如果將來有機會，我就拜託我們署的幕僚，還有我們牙醫全會的幕僚，還有我們健保會的幕僚，大家坐在一起把年度預算，將來預算應該成長多少這個額度，大家來做一番討論，那以後大家對於這個事情，就不要再有爭論，以上這些問題。

主席：

只有兩個問題嗎？慢慢講，會議有 90 分鐘，可以慢慢講。

翁代表德育：

不好意思，大家耳朵辛苦了。請大家翻到 PowerPoint 第 34 張，有關於弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，我們是很懷疑，但是我們現在碰到一個困難，我們沒辦法去做試算，就是每一季只有兩百多萬，那跟我們的認知也不太符合，兩百多萬沒幾家院所，但是有很多院所可能就是應該有資格，他自己也不清楚。所以我在這裡是不是說，可以提供給我們那些應該有符合的院所名單，但是它沒有拿到獎勵的這些院所的名單給我們，我們給地方公會大家來做一個聯繫，那如果是真的這麼差，我們就補給他們申報，因為這個問題是蠻多的。那主要是說這個兩百多萬跟印象也差蠻多的，因為我們根本沒幾家符合，有關於這個弱勢鄉鎮獎勵計畫的問題，那拜託署本部如果方便的話提供我們全聯會名單。

醫務管理組洪于淇專門委員：

我們等一下討論案第 3 案會補充說明。

翁代表德育：

然後再來就是有關於這個專案裡面寬頻補助的，PowerPoint 第 38 頁，那我們這個網路寬頻的補助費用，按照協定重點它最長時程應該是 114 年，規劃退場的執行方式，提全民健康保險會報告嘛。那我想說這個經費是不是到時候都沒有了，是這樣的意思嗎？

黃代表兆杰：

這個部分是總額協定的文字，至於要如何退場，可能要請全聯會這邊可以提出一些方案來，最後執行的方式還是要在健保會那邊做決定。

翁代表德育：

所以所謂的退場是執行方式現在的規定，我們只能這樣解釋嘛，就是只能退場地因為我剛剛看了半天，我想一想每年都有寫，這個退

場是什麼意思我們也不清楚。所以我們就是回去研議一下那退場的執行方式是什麼，那提到這裡討論，然後到全面健康保險會報告，是這樣的意思。好，以上，謝謝。

黃代表兆杰：

應該不只是報告，可能是協商裡面要彼此對等協商，看到底要怎麼樣退場，若全聯會這邊也同意，然後付費者那邊也同意，那就會列入 114 年以後執行方式。

陳代表彥廷：

我印象中是這個月的健保會有提到，好像那天有說明說 114 年寬頻的部分會維持，上傳服務獎勵的部分會做調整或取消。

黃代表兆杰：

那個部分是我們的一些看法，但沒有定案。

陳代表彥廷：

那一天有說明。

黃代表兆杰：

對，因為我們在行政管理上，希望有一些檢驗是應該即時上傳的，這一塊目前是獎勵方案，就是 24 小時跟 3 日內上傳才會有補助，並不是說所有的上傳的我們都會補助。那如果把這一塊拿掉的話，就是即時上傳的部分就拿掉了，這樣是不是符合大家的期待？其實這個全聯會也可以有一些主張。至於寬頻的部分的補助，那這一塊是不是一定可以維持，我覺得那也是需要協商的。

主席：

請吳明彥代表。

吳代表明彥：

那個大家看簡報 25 頁，我有不同的想法。我覺得最近去治療牙周病，我發覺好像醫院的牙醫師很積極的在做這一塊。那如果這一塊執行率很好，我倒不覺得這個預算有什麼不好。因為畢竟牙齒就是牙周病最重要，如果牙周病的醫師都很認真做某個計畫，後面節省的費

用會相當可觀，特別是病人以後可能牙齒不會掉，也不用做植牙。所以我倒是覺得這一塊的預算很好。另外一個我倒是覺得簡報 39 到 42 頁的執行率都很低，有 2%、0.56%的，我不曉得這邊是健保署資料的問題，牙全會應該要好好報告，執行率怎麼這麼低，編預算執行率低到這種地步，怎麼辦呢？你們採取什麼行動，怎麼會執行率到現在來看到 0.56%，如果照公務員編列預算，不曉得審計部門要做什麼樣的糾正。那牙全會好像也都沒有任何的解釋，及任何的報告，我覺得這樣不對。執行率低到這麼地步，怎麼都沒有任何一個解釋呢？我覺得這個，如果這邊是不是要列為提案，下一次要好好解釋，或者是健保的部門要去督導，一定要給大家一個好好解釋，怎麼會執行率低到這麼地步呢？

主席：

有兩個，一個是牙周病，一個是齲齒的部分，就拜託牙全會幫忙注意一下。

蔡代表蕙茹：

主席好，我這邊是醫院協會醫學中心代表，其實我也非常贊同吳明彥代表的想法。那牙周病統合照護，我覺得如果在這些方案裡面，它其實是執行的最久的，而且看起來那個量還是是有成長，表示事實上在病人端或在院所端，都是有這塊的醫療需求在的。那事實上未來已經高齡化，這個牙周病的這一塊其實很重要，尤其是在高齡醫學上。那我們也會建議說這一塊的預算是不是還有空間，因為這個是所有的醫療院所都是可以做的。以上，謝謝。

主席：

好。這個大家代表充分互相了解。大家對於牙全會有一定的期許，就拜託大家這個牙周病還有齲齒這邊有一些計畫幫忙。好，如果沒有的話，我們進入第四個報告案。

報告事項第四案

案由：111 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項扣減費用案。

主席：

各位對於這個報告案，有沒有什麼要詢問或建議的？

翁代表德育：

不好意思，我又來了。請大家翻到這個，就是前面這個講的我有一點建議。因為基本上這個扣減怎麼算的原則在健保會已經通過了，所以我今天不是來跟大家爭論怎麼算的，那畢竟這是扣減 111 年，將來我們還有 112 年，希望能夠有一個比較合理的一個方式。那我也很清楚，這種事情我們的健保委員每個都很忙，有很重大的事情要處理，對於這種小細節沒有辦法去注意。真的要讓他們完全了解說這個事情要怎麼算的，應該也不容易。唯一能夠解決就是健保署的幕僚、健保會的幕僚跟我們全聯會的幕僚能夠溝通。所以我在這裡還是希望併同剛剛那個所謂的預算每年度的一個成長應該怎麼定，還有我們這些要怎麼扣減，希望大家能夠坐在一起好好的談一談，我相信合理應該就是解決這件事情唯一的辦法。那這個事情合不合理，就是說大家來看一下，因為畢竟健保會認為很合理。但是有一些我要說明，在報 4 之 1 頁，高風險疾病統口腔照顧的第一點，那最後一行每 90 天得申報一次，一年四次。我是建議要加一些註記，我們只獲得一年兩次的預算。那你搞了半天，很多委員看到你一年四次，以前給你們一年兩次，所以這個也要扣這個也要扣，兩頭都要扣，我覺得這不是很理解，很難能夠讓人家理解的事情，有一點誤導，感覺上是這樣。再來第二個就是說這個項目是扣了三年，就是說我一年增加這個項目，結果你引用前三年人頭的項目來扣我們這項項目重複的錢，那個合不合理我們慢慢講。但是如果這樣的邏輯會成立，我就想請問大家決定這件事情的，那就是說我今天舊的給你洗牙了兩次，那你有新增加的四次的這邊你有增加了，所以我要把你舊項目的洗牙次數扣掉，應該是這樣子。那我想舊的項目會

增加還是減少？請問大家。你如果說舊的項目有了，我已經給你錢了。那你有增加了一個新的項目嗎？所以你報了新的項目嗎？所以我以前舊的項目的錢也要把你扣掉。那舊的項目不是應該會減少嗎？合理吧？以這種邏輯來推斷。我就直接告訴大家。111 年度高風險洗牙的舊有的項目增加很多，相對 110 年的話增加很多，還不是只有洗牙，我們還有一個牙周支持性治療又增加更多。所以新增項目也有，舊項目也增加，應不應該扣除這些我想大家心裡面有個譜，對不對？不是在推翻今天的決議，這個決議既然是這樣，我們就是尊重。那接下來後面這一個，12 到 18 歲的，它是一個專案嘛，那要扣減也是健保會的決議，可是它扣減是扣一般服務的錢，有一點奇怪。如果按照署的精神來講，那不是應該回歸到，要扣那個有申報院所的錢嗎？我都是按照你們的邏輯講，不是我自己的邏輯。因為你說這個錢，前三年你來弄，你有付了，那院所就是收案嘛，那有的院所有報，有的院所沒報，你現在扣掉的錢是所有牙醫師，不管有沒有申報這個的錢嘛，因為你從一般服務拿。那按照署本的邏輯來講說，沒有喔，你這個以前有報，所以我要把你扣掉，那不是要回歸到每一家院所申報的上面嗎？是不是應該這樣才比較公平。不好意思，我再慎重表明，我只是順著這樣的邏輯來做這樣的推斷，也不一定合理跟正確，只是有這些疑問。因為已經決定了也沒關係，但是我是希望能夠大家坐下來有一個討論的機會，以上。

主席：

同仁有要回應嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員：

好。我們就裡面那個扣累積三年這一段做一個回應。我們不是扣累積三年，我們是 108 到 110 年看任一年，那因為是考量到可能這三年會因為有疫情的關係，有可能有人不去就醫，所以才考慮回頭看三年任一年，他的牙結石清除，或者是牙周暨齲齒控制的申報概況，所以不是把三年的都加起來一起扣。我們就這一點做澄清。

陳代表彥廷：

其實是任一年曾經出現了，它就是聯集，所以聯集就是說三年內只要有就醫的，全部都得扣，可是我們看一年內。也就是說那三年來一次，如果按照這個邏輯，其實是每年都來的該扣，而不是三年內有來一次的，你今年來了那一次我就把你扣掉，我們就事論事應該是這樣。可是那天在健保會實在是有理講不清，我也覺得很遺憾，因為這是基本的概念。

翁代表德育：

不好意思，我們今天不是來爭論這個結果，我說有機會，因為大家真的面對面要好好來談一下這個事情，以上。

主席：

這個是我們今天可以做改變還是要回到健保會去做討論？

翁代表德育：

明年，明年討論預算的時候。

黃代表兆杰：

不好意思，我補充一下。就是有關預算的編列，剛剛有提到說，其實你們那時候提出來的一年四次，但是最後只給一年兩次的錢，這件事情最好能在當初預算編列跟協議事項裡面，就把它講清楚。

翁代表德育：

有。

黃代表兆杰：

我的意思是說，因為最後計算的時候，我們只能用協定的四次來做計算，就算它只有給兩次的錢，這個我們也沒辦法在這邊做處理。

主席：

這也是健保會會議紀錄的決議上寫嗎？

黃代表克忠：

當初協商的時候，我們已經把重複的次數，都已經自己扣掉了，而

且還把就醫率都已經算進去，有可能會來的，那才去要這些錢，重複的部分，它本來有兩種身分嘛，它現在已經進入我們框的這個身分了，我們都有把它先扣除，我們才去要那個可能會增加的錢。

主席：

那我印象這個牙全會跟健保會的關係是非常非常友善的，現在怎麼會也這種狀況，陳彥廷理事長你可能要加把勁。

陳代表彥廷：

我覺得其實這個應該是在去年的 12 月的研商議事會議之前，就是要怎麼扣或怎麼樣。因為談判完之後，其實有一段時間可以把這個機制討論完。我們其實在 8 月份那時候就開始提這件事了，可是我們一直沒有機會，兩邊的幕僚再把這個觀念給溝通。因為我們其實是想釐清這件事。那健保會那邊是說尊重我們幕僚的

那個意見嘛，所以我覺得最主要就是觀念我們沒有事先先交換過，因為其實我們是就理來談而已，都是這樣。所以希望今年先有機會先談好了，因為這個一定會在年底再發生，不要在今年年底的健保會又再來一次這樣，我們希望能夠把目前覺得，可不可以讓兩邊都覺得比較心平氣和的這樣的方案，可以提得出來，因為它要符合我們當初的想法才對，以上。

主席：

同仁了解了？就是在事先的時候，就溝通一下技術面該怎麼處理。你看我們的人都慈眉善目，都很佛心，沒有特別一定要怎麼樣。但是如果說不清楚，那你們要努力去健保會那邊說清楚。如果能夠做合理的改變，我們健保署就做合理的修正。尤其這麼優秀的陳彥廷在做理事長，我們一定要互相幫忙。好，那我們進入這個第五案，報告案第五案。

報告事項第五案

案由：111 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告案。

主席：

各位對於這個報告案，有沒有要詢問或者要修正？這個臺北的點值都比較低，牙醫總額各分區分配是看 R 值，這個事實上有一點麻煩，我們有戶籍人口，有投保人口、就醫人口，像臺北的話有很多中南部的學生家裡在南部，但是會在臺北念書，所以這個是一個有一點麻煩的問題。一般過去看大概都會有 15%到 20%是跨醫療市區在就醫的。那報告案五如果沒有的話，我們就進入第六個報告案。

報告事項第六案

案由：111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費院所本會輔導結果案。

楊文甫醫師：

主席好，那我為各位報告一下我們依據 111 年第 4 次研商的決議，請我們輔導當時 111 年 1 到 6 月沒有申報個案管制門診診察費的院所，那拿到名單的時候，大概臺北市是 48 家，北區 5 家，中區 7 家，南區 3 家，高屏 1 家，東區 1 家。那如果我們把它分層級來看的話，醫院有 2 家，1 家在臺北，1 家在南區。那基層的話，最主要我們那個時候，當場聽到 64 家有一點驚訝，因為我們手上的資料並沒有那麼多家。後來發現這個 64 家，看起來很多的原因是因為，有 28 家是新特約。那按照再往前一年修訂的那個實施方案來說的話，我們新特約要去實地訪查看，所以它把還沒有訪的新特約也算在這 64 家裡面。所以實際上真的沒有申報的，大概總共是 36 家。那我們就是請六分區開始輔導。這 64 家中我們先以結果來看，有 38 家已申報，那有 10 家尚無意願申報，那在這邊跟大家報告一下 10 家院所，其實他們並不是 SOP 都不好，的確有一兩家是未達標準，但是有幾家，其實他們都有達到標準，但是他們就是沒有意願申報。那表格上寫的無人接聽、持續輔導、沒有意願的總共 22 家。那這個數字我們是有持續更新的，另有一些特別的狀況，包括像北區東區各有一家，他們其實是只做預防保健，然後南區有一家醫院它是沒有申報案件。那事實上大概我們六個分區都有在輔導這些院所，但是因為在目前診察費，有所謂的一般診察費跟 SOP 的診察費的情況下，有一些院所還是申報一般診察費，以上。看看各位有什麼問題請指教，謝謝。

主席：

報告案六的部分，我們同仁有沒有什麼需要詢問或者回應的？

醫務管理組阮柏叡科員：

各位代表大家好，我這邊就來做個回應。首先謝謝牙全會的報告，

剛剛牙全會報告有更新他們的輔導情形，那包含持續輔導、無人接聽跟表示無意願者，總共有 22 家牙醫診所，也有提到無意願的診所中確實有幾家是做不好的。那這些牙醫診所它繼續輔導的效果可能有限，是不是建議口腔健康司可以協助函請地方衛生主管機關，這 22 家診所在牙醫診所就督導考核時優先進行訪查，確保可以符合基本的管控標準，保障民眾的就醫安全。

牙全會報告有提到部分無意願的院所可能符合管控標準，但是沒有意願申報感控診察費，建議請牙全會研議全面適用牙醫門診感染管制實施方案的支付標準後，來討論支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用事宜，謝謝。

主席：

請成代表。

成代表庭甄：

主席、各位代表，大家好。這個部分可能我覺得這件事情我可能要釐清一下，因為個案管制其實它就是一個 SOP 跟一個動態過程。所以其實這個部分據我們了解，其實疾病管制署在它每年傳染病防治那個考評指標本來就有提報診所針對感染管控的抽查。所以其實我們之前也有討論過，之前是因為防疫的關係，所以疾管署全面支援防疫這個部分的一些調度，所以才會由各個業務單位來協助整個防疫的事項。可是因為今年整個的這個考評作業，其實已經回歸原來的方式執行，所以其實這一項就在考評項目。所以是不是優先先建議回歸在疾管署現行的這個考評項目，那如果下一個階段還有必要的話再來討論，因為如果他們發函我們也發函，其實我覺得對於地方政府來講，它會兩邊同時作業有重複的問題，所以建議優先回歸疾管署現行的機制，以上。

主席：

疾管署一般來講，對於那種不是很嚴重的傳染病，他們的那個力道會小一點點。像這個可能擔心 C 型肝炎或者其他的。這個我碰到主

秘的時候，我再跟他請教一下。

楊文甫醫師：

我第二次發言。那這邊的話跟主席報告一下，有關健保署說明的第三點，因為事實上之前去年研商在討論這個所謂的單一診察費的時候也是有一點困難。那署方當然是希望我們研議一個適用的法案，能夠變成單一診察費，就是把 SOP 納入了。但是我們這邊研究的結果，雖然我們剛剛跟各位報告大概下一次的研商就會提出我們實施的規劃，但是對於單一診察費這個問題，我們還是遇到法理上的問題沒辦法解決。因為不論扣款怎麼扣，我們這邊建議的單一診察費還是會有法律的問題，我們也請問過我們的法顧，可能還是會有實施上的滯礙難行的地方，我們可以有一些研議的建議，那下一次我們會研商會提出來討論。單一診察費的問題，可能還是要回歸署這邊來處理。

主席：

這個可能要拜託下去，因為像這種感控的議題相對比較敏感，要幫忙一下。因為很多人擔心說，滅菌釜消毒沒問題，用那個紫外線消毒的東西，可能有些人一些在乎，那所以這一部分，可能就拜託牙全會幫忙怎麼樣能夠去輔導處理，或者其他國際上的做法怎麼樣。因為你有很多不能用滅菌釜消毒的部分，那一部分如果有碰到血液、體液等風險因子，要如何提高跨病人之間安全性，這些東西可能要加強，有空也要問一下那些醫學中心的那些大佬們，看看他們的看法怎麼樣。就是有不少人會擔心，就是你不是滅菌釜消毒的器械，那用紫外線照射以後，有沾染到某些這個人體的液體的時候，怎麼樣能夠讓大家更安心。所以像這種案子，大概基本上是需要反應到民眾期望的某些狀況。那報告案六如果沒有，我們就進入討論案，第一個討論案。

討論事項第一案

案由：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案。

主席：

各位對於這個討論案，有沒有要詢問或要建議或要修訂的？

蔡代表蕙茹：

主席，我這邊還是覺得那個牙周病統合治療方案還是維持 112 年 9.2202 億會比較好一點。因為剛剛也在提說我們雖然量提升了，但是質也是需要提升，尤其剛剛也在講說這個高齡的問題，事實上這個也跟牙周疾病也有很密切的關係，這是一個。那第二個在這邊應該是請求，就是說事實上牙周病統合治療方案是從 108 年到現在，那對於院所端有一點困擾，就是說有關於 VPN 登錄的部分，因為像我們的經驗是在西醫的部分，事實上如果資訊可以，都可以整批上傳這一件事。可是我們牙醫到現在還是在用人在做登錄，我們覺得是非常不方便啦，所以在這邊是請求健保署，是不是能改善我們的問題，以上，謝謝。

主席：

有同仁可以回應嗎？

醫務管理組洪于淇專門委員：

我先補充一下牙周病統合治療方案預算的部分。這個案子事實上牙全會已經提健保會報告過了，那健保會幕僚有意見，並經健保會委員同意，原提案內容移撥經費是 9.2202 億，但健保會幕僚表示，因為當初導入一般服務時即規畫移撥比率按 90%、70%、50%、30%逐年減列，但本次提案卻沒有減列，但健保會討論的結果就是照去年的額度，所以還是維持 8.724 億元，這部分已經定案了，如果還有意見，可能就要再提健保會討論。

主席：

等於說本來是要減列的，現在是把它維持用 111 的這樣。

醫務管理組陳依婕專門委員：

那我繼續補充 VPN 的部分，因為就我們目前業務單位這邊，沒有收到有人來建議要新增批次上傳。不過這次代表您的建議，我們會回去請資訊組幫我們評估來設計，謝謝。

主席：

好，大家對於討論案一還有沒有要補充詢問或者修訂的？沒有的話，那我們進入第二個討論案。

討論事項第二案

案由：修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。

醫務管理組阮柏叡科員：

那討論事項第二案，修訂 112 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案。請各位代表直接看到本署意見，本次方案牙全會的修訂意見本署予以尊重，另本署建議調整部分達成率大於 90% 的指標閾值，以提升指標鑑別度。

以下就建議修訂處逐項說明。那請各位代表翻到討 2 之 3 頁，第一個是就是方案名稱，我們修訂年度為 112 年，那這部分大家應該都沒有意見。那接下來是討 2 之 4 頁，核發資格第二點，刪除不符合加強感染管制院所的文字，修正為院所全年度未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案的牙科門診診察費。這個部分是考量原方案的文字可能會造成誤解，所以我們修訂相關的文字。方案文字修訂到這邊。

接下來是指標的部分，請各位代表翻到討 2 之 8 頁專業獎勵指標，那剛剛有說到說有部分指標，因為它的達成率超過 90%，所以本署建議修正指標的閾值去讓它的鑑別度提高。首先是專業指標(一)-65 歲含以上老人恆牙牙冠兩年內自家再補率，我們自家再補率建議是由 $\leq 7\%$ 調整為 $\leq 4\%$ ，那如果說下修的話，就是它的達成率是由 94.38% 下修為 86.96%。那本項指標備註 h 是老人恆牙牙冠填補顆數，本署建議由 20 顆調整為 40 顆，希望說院所可以更積極的執行相關的醫療服務，那填補顆數如果由 20 顆調整為 40 顆，達成率是 92.07% 下修為 86.53%。

接下來是專業指標(三)-恆牙根管治療，這項本署也建議提升指標鑑別度，所以第二項次指標，恆牙根管治療未完成率是由 $< 30\%$ 調整為 $< 20\%$ 。那如果說調整的話，達成率將是由 92.89% 下修為 86.76%。那專業指標第四項是全口牙結石清除，那牙全會這邊建議是刪除第三項次指標，並且增加了全口牙結石清除術的相關醫令代碼，這個

部分本署尊重，至於本署建議也是調整指標閾值提升鑑別度，首先第一項次指標全口牙結石清除的比例，由 $>20\%$ 調整為 $>40\%$ ，調整後達成率 97.46% 下修為 89.92% 。

接下來看討2之11頁的政策獎勵指標部分，第二點就是牙周病統合照護品質，牙全會這邊建議是調降核算基礎，由 15% 調降為 5% 。接下來剛剛前述核算基礎調降 10% ，所以我們這 10% 就改成為新增的政策指標七，這個是牙全會建議新增的高風險疾病患者照護指標。那指標操作型定義是「該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除全口（91090C）申報件數是12件以上」，核算基礎就是 10% ，適用於醫院跟基層診所。本署有先依110年3月到9月的執行狀況去試算指標的達成情形，請代表看到討2之18附件3的部分，在110年3月到9月這半年中有申報到12件以上的醫院總共是49家，占全體醫院的 27.37% ，那診所是131家，占全體診所的 1.96% ，當然這個是半年的數字，如果全年度的達成比例可能會更高，不過還要是請牙全會這邊協助輔導會員去執行高風險疾病患者口腔照護的醫療服務，以上報告。

主席：

不曉得與會的各位有沒有什麼意見？請。

顏代表國濱：

好。牙全會的代表顏國濱第一次發言。那首先大家看一下，針對剛剛我們署這邊提出的幾個指標，大概是以 90% 來抓一個基準點，那我們可能看一下討2之14頁，我們從那邊看。那原則上我們有特別那個標示那個黃線，應該是署提出來想要修正的部分。那其實我想要先跟大家做一個說明，第一，譬如說1A以及1C，這兩個指標是有提出來，可是實際上不是說1A有達到或者1C有達到，他就能夠拿到費用，它其實我們是第一項整體的一個指標，它是1A、1B、1C同時達到的時候才能拿到，那實際上這樣子算下來，以全國來看是 81% 的院所才有符合。所以說如果說署這邊覺得，單一項的指標是有需要做檢討的話，那可能要考慮到實際上可能會因此，拿到的這個

院所的這個比例會再更低一些。那它是因為這個 1A、1B、1C 這三個是連動，也就是連級的方式去看。所以我建議如果說，單獨一個指標、一個指標檢討的話，可能要連同次指標，譬如三項指標一起來計算，才會比較真實的呈現。那再來譬如說下一項是討 2 之 15 頁的指標 3，那是三項的次指標，它能夠全部達到的院所其實全國只有 40% 的院所，我覺得如果說再去動這個指標的話，那可能會剩三十幾 % 的院所拿到，我覺得我們品保款的指標，看整體達成院所的比例還是有一定的鑑別度，尤其我們牙醫總額每年都有在做檢討，而且相對其他總額來講，我們算我們的指標算是很複雜的，我們每年都有在做檢討改進。那可是相對的話，如果說這個嚴謹到逐項次指標去調整的程度。我是建議，如果說這些指標需要去更動的話，建議一起通盤來做檢討會稍微比較好一點，不要說只單獨一個一個次指標高，就把它提出來，我覺得是整個大項一起來看會比較理想一點。

黃代表兆杰：

那不曉得其他委員有沒有要補充或者是要提出問題的？來。

翁代表德育：

不好意思，我先說明一下，我很了解署本這邊的用心，因為之前主席有交代這個事情我們要處理，所以真的是非常用心的針對我們鈍化的一些指標逐項來處理，這個我們非常了解。那剛剛我們國濱主任的意思是說因為我們指標考量不是只有一個，是 1 加 2 加 3 嘛，1 鈍化了可是 2、3 還守著，那意思是擔心說，你要把它調整更嚴格，後面的達成院所可能更少，反而更少人領到品保款。我要說明就是各個總額部門都有品質保證保留款的指標，我相信我們牙醫總額應該是最複雜的，對我們來講我們有一個心願，就是拿到錢就要有鑑別度，我是建議說今年如果可以，就按照我們全聯會的版本來試試看，然後署方建議提升鑑別度的部分我們帶回去討論，看看明年有沒有機會把這一些覺得已經鈍化的東西，我們再規劃稍微更嚴格一點。那這裡面講的，有時候我們是真的不能不看數據，譬如我跟大家講，所謂的全口牙結石清除的比例大於 20%，因為我們計算的項

目都是牙結石清除，可是我們有一些項目是包含牙結石清除，譬如說牙周病的支持性治療，我們沒有把它納進來。所以有一些事實上有做牙結石清除的動作，不見得能夠顯示在這個項目裡面。所以我們如果貿然的要去把這個看起來有一點鈍化的東西，要把它加強，有時候可能會殺到無辜。我要解釋說，所謂的根管治療未完成率，那坦白講因為根管治療未完成率，事實上院所端的電腦會有紀錄，可能有時候院所做了，但是為了這樣的指標，所以他就沒有申報，然後來達成這項的一個指標。那如果我們貿然再把它再更嚴格一點，其實恐怕也不是一件好事情，我們擔憂是這個樣子。所以說如果可以的話，是不是今年就是能夠先這些先按照我們全聯會的版本，然後這些我們帶回去討論，如果有更鈍化指標，我們再想一些方式來做因應，以上。

主席：

好。其他委員還有沒有要進一步發言的？這一部分，我想那個牙全會的代表講得也是非常合理，而且很懇切。那我們就是必要的時候，像這樣的東西要去變更的話，就把它拿回健保會報告，讓他們過水一下讓他們知道，這樣免得說好像我們不執行他們的這些意見，這樣會注意這樣。那另外就是說，可能有時候也要注意一下說你們盡量爭大讓小，因為傳統在健保會牙全會的形象非常好，所以有時候他們的某些期許建議的時候，能做盡量配合一下，那免得說後來，因為你那個等到9月再協商的時候，它差一個0.3%、0.5%，那個有時候喊一喊就喊出來了，但是現在這個都是千分之幾、萬分之幾的金額，所以這一點可能你們也稍微注意一下。

黃代表克忠：

主席，這個是上一次的主席，鑒於裡頭有一些指標看起來不具鑑別度，好像幾乎有申報的幾乎都領得到，那所以才建議我們這麼做。那我們當初開完上一屆的研商之後，我們回去馬上企劃室裡面，就著手把自由的指標都檢討過，而且有一些它是綁在一起的，你看起來很鈍，那其他兩個很利，那結果有的該領不到的還是領不到，所

以其實領到的家數並沒有那麼多，所以我們才會最後又做成這樣子的意見再送回來。

主席：

因為我比較外行，我想這指標變鈍還是變利你們會更清楚，今年方案就依牙全會的建議通過，那我們同仁的建議就請牙全會帶回去研議。那就進入第三個討論案。

討論事項第三案

案由：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」案。

醫務管理組阮柏叡科員：

討論事項第三案，修訂 112 年全民健康保險牙醫門診總額落實鄉鎮服務提升獎勵計畫。那在進入討論之前，我要先做一個補充，因為剛剛翁代表有提到說，牙醫弱勢鄉鎮的計畫在 111 年的執行率都偏低。那這個部分我做一個說明，請各位代表先翻到討 3 之 16 頁的部分，那我們這邊有列出各季核發的結果，111 年的執行率會偏低的問題是，可以請各位看到備註的說明二，我們在前一年討論的方案的時候，有新增一個不予核發的條件，這個條件說在符合這個弱勢鄉鎮地區的牙醫診所，它每一季就是至少要上傳口腔癌篩檢 ≥ 1 筆才能核發補助，我們有勾稽國健署的口腔癌篩檢資料庫，可以看到在結果的部分，111 年第一季就是符合弱勢鄉鎮地區的院所總共有 356 家，實際上有上傳 ≥ 1 筆的只有 60 家，就是 16.9%。那 111 年第二季的部分，354 家診所裡面只有 59 家有上傳，比率是 16.7%，所以說加上了這個不予核發條件之後，整體來說符合弱勢鄉鎮地區的很多院所，它因為沒有符合上傳口腔癌篩檢的條件，被排除在資格之外，所以會造成說它的領取獎勵金的比例偏低，這個部分就給委員參考。

接下來我們回到討 3 之 1 頁，我們來繼續討論 112 年弱勢鄉鎮修訂的部分，那以下就建議修訂的部分逐項說明。請委員翻到平板 145 頁討 3 之 2 頁，首先是預算來源跟實施時程，這個部分是修訂年度。那接下來討 3 之 3 頁的部分是適用鄉鎮，這裡是依據 110 年全國牙醫人口比例去修訂適用鄉鎮的篩選條件，並更新方案附件的適用鄉鎮。那本次 112 年度調整篩選條件後新增就是彰化縣社頭鄉、高雄市茄萣鄉跟臺東縣大武鄉，新增這三個鄉鎮。接下來是第七點獎勵方式的部分，那這邊牙全會建議說，因為 110 年點值可能受疫情影

響，故點值結算年度是維持 109 年，這部分本署尊重。接下來請代表看到討 3 之 6 頁第八點不予核發資格的部分，首先(一)到(四)都是配合修訂計算起迄的年度，這個部分雙方都同意。那(五)的部分是刪除不符合加強感染管制的院所的文字，修改為院所每月申報感控費用，這是配合前一案牙醫品保款方案一起修訂文字，也是為了避免造成文字上面的誤解。接下來不予核發資格(六)是當季院所未申報院內牙特案件兩件以上跟(七)未執行口腔癌篩檢的部分。那兩項牙全會是建議可以排除離島地區，這邊我再說明一下，本署有依據 111 年上半年度的執行前的一個試算，就是排除掉離島地區之後，核發增加金額約增加 360 萬元，預算上是足以支應。所以本署同意不予核發資格(六)當季未申報牙特兩件以上的案件，可以排除離島地區。至於(七)未執行口腔癌篩檢的部分，因為離島地區它符合口腔癌篩檢的院所，就是每一季至少要上傳一筆口腔癌篩檢紀錄，其實我們統計到 111 年的第一到三季，每一季離島地區都只有一家院所固定在上傳資料。所以本署是建議，還是應該把離島地區納進去不予核發資格(七)裡面，讓離島地區的院所能夠積極執行並上傳口腔癌篩檢資料，也請牙全會協助輔導院所執行做口腔癌篩檢，以上報告。

主席：

各位對於這個討論案，有沒有要詢問或建議要修訂，或者是怎麼樣？如果沒有的話，就按照我們署的。請。

翁代表德育：

署本方不方便提供院所的名單，我們請地方公會跟他們來做輔導。其實這個我們公會我記得都有去宣導，但顯然的院所端，可能接到的訊息並不是那麼的直接。如果有名單，我們是一家一家輔導，那可能會比較適切一點。

主席：

公會同意說我們給這種名單嗎？會不會覺得被做記號，它怎麼沒把口

腔癌好好做起來的感覺。

陳代表彥廷：

我們之前是有會員跟我們反應，他應該要符合領取資格，但是他沒有拿到。所以我們有去查了，那後來也的確找出問題所在，這一類的會員是比較積極的，那我怕有些會員可能就不曉得自己可以領取。

主席：

國健署四癌篩檢是一個很重要的政策，所以拜託大家牙醫師能夠協助幫忙。

醫務管理組洪于淇專門委員：

我想確認一下，那因為弱勢鄉鎮地區院所它不符合一到七會被我們排掉，請教貴會所需的名單是全部的院所，還是被排除掉的院所？須提供排除原因資料嗎？

顏代表國濱：

要知道原因。

翁代表德育：

我們主要是要六項跟第七項，牙特，這是我們最希望的，那否則就沒辦法輔導。

醫務管理組洪于淇專門委員：

好，那我們就提供不符合六跟七的院所名單。

主席：

好，這個案子大家如果沒有進一步要發言，我們進入第四個討論案。

討論事項第四案

案由：修訂牙醫支付標準「環口全景 X 光初診診察」申報頻率。

主席：

這一部分，大家有沒有什麼樣的意見？請。

蔡代表蕙茹：

不好意思，我今天因為我剛剛聽到主席講到說，我們非常的慈眉善目，我心裡就非常的開心，那也謝謝我們牙全會的專業，在這裡受益匪淺，真的是學到很多。其實在這邊我是認為，我們這邊是同意，因為看起來，那真的是文字會誤導人家，而且在申報上是這樣。我們在醫院端事實上遇到一些困難，因為這些是三年申報一次，可是我們遇到一些口腔癌的病人，他因為要半年來追蹤一次，可是你給他三年一次，這樣事實上我會覺得說，會對臨床還是會有一些影響，是不是可以一年一次，口腔癌的病人並持有重大傷病卡，以上，謝謝。

吳代表迪：

主席，不好意思，我發言一下，我是牙全會醫審室主任吳迪。針對剛剛代表所提的話，這個本身的理解還是有偏差，如果要講口腔外科的一些追蹤部分申報的環口全景 X 光片與現在談到的初診診察費並不是直接等同的東西，所以這個申報間隔是不一樣的。這兩者支付標準表的設定，雖然執行的範圍可能是接近的，但是它的內容涵義並不完全相同，所以不要在這邊混為一談，我要強調這件事情。也謝謝署方幫我們釐清這個部分，事實上其實我們明天就要開會，一樣討論這些內容，事實上就是要調整這些文字。但是我還是解釋一下，這些文字會造成大家的困擾，會造成理解上的疑惑，那事實上大家回過來去想這個問題，當時沒有去做這樣的限縮的理由是什麼？就是當你符合了感染管制的院所，你沒有什麼理由再去申報一個不符合感染管制的項目，是不是這個意思。可是最後產生了院所間隔一年後又再申報另一項與之前感控條件不同的初診診察費，當

時沒有把這樣限制的文字錄在兩項支付標準備註裡面，就是認為說院所應該是自發性的，會認定自己在什麼條件下，在什麼樣的標準下就應該去做那樣的申報，而不會去鑽這樣的漏洞去做這樣的處理，概念是這個樣子。我想這個問題，其實慢慢浮現出來的就是的確有些院所，感染管制訪視後不合格，所以它沒有辦法申報感染管制診察費，比方說申報 00315C 後它沒有辦法這樣去申報感染管制診察費用，那我還可以跳去報 01271C，反正支付標準表沒有詳細規範，因為我反正不符合感染管制，那我就這樣報。那這個思考邏輯就非常的不合理。這兩單項之間單項對單項的時間操作的邏輯，其實本來用三年未就診去看這樣的問題，但由於有這樣的漏洞的確比較麻煩一些，所以我們同意這麼去修正。但是我要強調的事情是，因為我們明天還要再討論，還有一些更細的問題，在會內還有一些共識要去做討論，所以這個部分我建議是能夠攜回去再做討論，因為包括在整個申報的邏輯上，像剛剛講說三年限申報一次，申報一年內不得申報，還有未執行本項初診診察，或者是三年以上未就診這部分，我們還有討論的空間，所以我建議是要修一次全部修到底，我們也謝謝署方幫我們修正這樣清楚的文字邏輯，這樣我們就不用自己再弄文字，謝謝。

黃代表兆杰：

可不可以請問一下，所以你們是希望什麼時候提報，因為我們大概 3 月底會開共擬。

吳代表迪：

我們先不提。

主席：

有一種是你們如果有書面意見，我們併到共擬會議裡面去討論。

吳代表迪：

我們會內還要再討論共識，不是只有針對這一項備註去做討論。而現在的問題是醫療管理上出現問題嘛！我還是合理的建議，這個事

實上就是它不應該發生的問題，應該是兩個項目對在一起去看，因為實際上是同一個診察項目，兩者間的差異只是感染管制，差額也只有感染管制的差額。所以事實上，應該是對應得起來，就是院所不應該弄不清楚。我們要把這個修得更完善，只是為了避免有人因為這個文字而覺得有漏洞可以鑽。我說有漏洞可以鑽，意思是理解這兩者的支付邏輯，就知道兩者間也是間隔三年才能報一次，那麼理解這個邏輯，卻特意去看支付表備註的不完備，間隔一年後又再申報另一項與之前感控條件不同的初診診察費，那就是找到漏洞可以鑽，我強調這個點。所以就醫管的概念說，我知道現在各分區都在跑這個專案，那也都抓到這樣的問題，我也同意。但希望碰到這種問題的時候，院所提出申覆的時候，麻煩由專審去解決這個問題，因為理論上這就是不應該成立的事情。但是你要覺得說，一切都要支付標準表寫得清清楚楚、明明白白，署方提供的文字修正建議我完全同意，但是我要強調的事情是，我們要修的不只是這麼一項備註而已，那我想共擬會議不會希望說，在一項支付標準表上，今年上半年修一次，下半年再修一次，我想在時序上也是一個大問題，我想我還是照我們全聯會自己的一個步調，因為我們明天就要去討論這個部分了，我希望把這個內容帶回，如果可以的話，如果我們更快可以得到共識的話，下一次會提出來，好不好？謝謝。

主席：

不然我們目標就定在 5 月的時候提好不好？因為如果這麼久的時間還提不出來就有一點怪。好，5 月的時候，拜託大家。

吳代表迪：

主席，不好意思，如果牽扯到我們可能用非協商因素調整費用的問題，所以這個部份我還是要提一下。因為明天我們在討論修訂支付表內容的部分，也可能包括要調整這一項支付項目支付點數，我先強調這個事情，謝謝。

主席：

不過我們想，支付標準提共擬會議單純處理嘛，你其他的因素再去另外在會議上去處理，不然的話兩邊會這個要那個，那個要這個，然後所有的事情永遠都不會進展，好不好？我。好，請。

邱代表昶達：

主席、各位長官，醫院牙醫協會針對這個 00315C 的問題提出另外一個，因為跟這個 X 光上傳是有關係的一個建議，因為這個 00315C，它其實就是一個初診的診察費，簡單講就是一個診察費，然後要寫一堆紀錄，然後再加上一張 X 光片，還有感染管制。那假設你當初初診的時候不要報這個 00315，就報一個診察費 355 點，再加上一個環口攝影 600 點，其實這樣是 900 多點。所以其實這個如果差 280 點，其實已經是讓牙醫師自己吸收了，就是說你也可以報診察費加一張環口攝影 600 點，但是沒有，你把它濃縮成這樣。那在文字上來說，這是一個診察費加感控再加 X 光，所以我們個人建議是，不應該你沒有上傳這個檔案就不給付了，因為它還有包括診察費，還有包括感染管制費用，我們建議還是維持現行用鼓勵的方式去處理，謝謝。

黃代表克忠：

主席，那我們這個案是不是可以帶回去，我們儘量在 5 月的時候再提出來，包括剛剛醫院牙科協會的意見，我們也會在醫審室裡面再繼續討論。

主席：

拜託大家，我每次開會最多說下一次。好，拜託。因為最早事實上初診做環口全景 X 光，那時候事實上有些人不同的意見，到現在事實上我們有時候還收到病人，他只去看個簡單的什麼，結果一進去就要馬上做環口全景 X 光，他會覺得是不是浪費健保資源。好，這個我們就請牙全會下一次提案吧。好，討論五。

討論事項第五案

案由：為維護保險對象就醫權益，請牙全會研議將「顯微根管治療」納入新增診療項目案。

主席：

好，這邊可能要拜託大家，因為牙科的自費項目已經非常多了，那因為我們在醫療上面，像西醫這邊都保大不保小，牙醫的大的貴的都常常沒有保，像植牙、假牙、矯正都沒有納保，那這這些有納入健保給付的項目，就拜託盡可能的可以新增支付標準把它放進去，不然的話根管也沒有保，就最後牙科就只剩下補牙跟洗牙，那其他都沒有納保，這樣可能傳統上也不是很好，所以拜託大家勉為其難，就是這一部分可以把它列成新增的項目去評估一下放到總額預算去處理，好不好？請。

林代表敬修：

那我們這邊回應一下，那其實這個項目，我們這幾年都有持續在研議這個項目。那外面的確是考量說，顯微鏡是一個新的東西來做根管，所以當然跟原來的是不一樣的。可是我們要訂定這個根管通不進去，用顯微鏡，它只幫你容易找到那個根管的開口，可是你實際在做的時候不一定能通得進去。所以通不進去以後，費用要怎麼計算？然後另外哪一些通不進去的可以使用顯微鏡，那我們也擔心會浪費這個資源，譬如說他可以明明看到有通的，他也會說他不能通，要用一個顯微鏡來看來申報這個費用，我們在技術面跟實務面的有些考量，所以這幾年才沒有說提那個新增項目，以上。

主席：

真正做這個複雜根管的人可能也不是很多，真正做這個願意做到這個複雜根管的人，事實上很多都把它轉到教學醫院去，就是我們把它朝新增項目去規劃，但是支付標準是多少你們提意見，我們把它放到總額的年度新增項目。

黃代表智嘉：

主席好。其實我必須報告主席說其實我們牙髓病科這一方面的人才是一直在凋零，其實傳統的大部分可以解決的根管治療，你只要把給付提高，我們的人才就可以存活下來，不是說用顯微鏡，因為其實重點的是說，目前的現在牙髓病給付多年來一直都是屬於偏低的狀況，而且有一個比較特殊的情況是，我們的根管治療同一療程是沒有錢的，你只能報個像這樣 100、200，然後如果病人中間跑掉的話，你一毛錢都拿不到，所以這一項是我們牙科裡面最讓人家覺得很難接受的地方。我自己病人也曾經做了 7 次，他好了之後，他跑去別的地方封填，所以我一毛都拿不到，只拿到 500 點，所以看了 7 次 500 點，就是等於 7 小時拿 500 點，一小時比炸雞排還不值錢。所以其實不是說，不是說一定要靠顯微根管，是我們如果能夠把我們的根管治療的那個給付的項目，甚至我們在過程中，過程中你沒有完成根管治療，我們現在都還有一個，剛才在檢討那個根管未完成率，剛剛我們那個主委也講過，未完成率它就已經要列入觀察名單，你沒有做完是你的錯，你沒有拿錢更操，所以變成是很委屈，所以有些醫院的那個 20 年來，它的那個假牙科醫師，它成長了三倍，但是牙髓病科醫師跟 20 年前一樣只有 3 位，所以這就是很現實，就是說目前根管治療就是這樣子。那其實我們目前的牙髓病給付說要提高，就是我們必須要調，大部分的開業醫師也是有給明確的意見，但是民眾會誤解，他誤解說我所有的牙痛都是需要顯微根管治療，看到我們根管治療，其實我自己遇過很多案例，我根本連顯微鏡都沒有碰到，我只是看第一次第二次第三次同一療程都沒有拿到費用，然後我只是安排他到看那個神經內科，然後看那個嚙顎關節科，看完之後結果他牙齒拔了，我一毛也沒拿到了，就是這樣，其實很多是民眾會誤解，把這個疾病的牙痛，都統統當成是需要根管治療行為。

主席：

拜託，有委員在發言的時候，我們尊重一下，不然我們都沒有充分聽到，尤其是牙髓病科是弱勢的，所以弱勢聲音要被聽到。

黃代表智嘉：

好，謝謝主席。因為就是這個目前我們因為我們的健保開辦 20 年來，我們確實有遇過全世界少見的問題，就是我們臺灣地區的牙齒，它牙齒再裂掉的機會很高，那這個混雜在根管治療裡面，會造成民眾困擾。譬如說垂直牙根斷裂的比例在全世界是偏高的，那是因為我們有健保這樣子 20 年來，陸陸續續有很多的情況。所以我們說如果顯微根管治療，我們拿一個顯微鏡拉過來，看一看就可以解決我的痛苦，解決病人的痛苦，那我當然何樂而不為，但是不是這樣，它需要兩年很好的訓練。所以其實目前這個狀況下，並不是說把顯微根管治療，就一納進去就可以解決所有的問題，我們也很希望，但不是這樣這麼簡單。那其實我們目前這種制度這樣跑下來之後，慢慢很高興就是說，在專科醫師制度下，目前像是在花蓮地區已經有第一家牙髓病訓練機構成立，所以可見這個制度不是不好，只是有享受到這個好處的人他不會講話。但是有牙痛的人，他就說你去看顯微根管治療，可能它可能是鼻竇炎，你可能是什麼其他問題造成的，結果他說看了顯微根管治療就會好，他誤會那個印象，所以他不斷的申訴，所以我是建議說目前這個情況下，如果我們的牙醫師沒有辦法經過完整的訓練，就貿然用這個顯微根管治療，也不是一件好事，以上。

主席：

現在這種如果要發展一些新的東西，事實上我們是比較期待說如果提供足夠的誘因，那一定發展得起來。然後適應症可以限縮，審查可以嚴格一點，那就是我們只是期待說像這些東西能夠讓它進來，不要一直很多都在自費項目，這一點也是再拜託大家，因為植牙、假牙跟矯正已經都自費了，那慢慢的這些都被排除，是有一點可惜，所以拜託大家。不然最後我們牙科總額只剩下叫做洗牙、補牙總額，那這樣在社會形象上會不太好。再拜託大家就是像這種東西能夠配合一下。支付標準可以來談嘛，看說多少是合理的，然後延伸出來的總費用也可以放在總額上去商量，拜託這個彥廷代表幫忙一下。

陳代表彥廷：

主席，我們會帶回去，然後跟牙髓病學會好好的討論。

主席：

好。就是說我們這邊趕快來做一些決定，因為這個資料你們事前也有嘛，所以就去討論，不然的話所有的都決議都是攜回。我們同仁有什麼建議嗎？那總額就加進去嘛，就是現在比較複雜的，可以把它拉得高一點，比現在的項目高一點。還有一個臨時動議，來。

臨時動議第一案

案由：有關「112 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」，新增申報齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)及超音波根管沖洗(P7303C)案。

主席：

牙全會沒有什麼要回應的？

林代表鎰麟：

報告主席，我是牙全會醫缺召集人林鎰麟，第一次發言，謝謝署方的支持，讓我們 P7302C 也能夠併同執行，能夠比照 P7301C 能夠申報，服務這個偏鄉的民眾。至於第二點 P7303C 超音波根管沖洗這件事情，根管治療是我們醫缺獎勵方案裡面一個很重要的項目，所以我們應該是要鼓勵去做這個根管治療的項目，才能保存更多的牙齒。根管治療的這個部分的話，超音波沖洗已經有實證醫學確認，所以我們應該是鼓勵。超音波沖洗有很多種設備，也有設備是比較簡易一點，攜帶型的，一支大概一萬到兩萬塊錢這樣子，它可以帶到醫療站，或是在巡迴點就可以操作。而且超音波沖洗，在很多醫師醫療常規上已經做了，等於說他在診所治療病人的時候，他已經是例行要做的事情，那現在到偏鄉去服務，若不能申報，這樣的事情也是不合理。所以為了偏鄉民眾，他們也應該享有同樣高科技的醫療服務，希望署這邊能夠同意，在符合條件的情況之下，也能夠在偏鄉的地方能夠申報這個 P7303C，以上報告。

簡代表志成：

主席，我是那個身障小組召集人，順便也再提到，我掃過資料還是有一些可能符合 P7301C 或 P7302C 會去申報，因為理論上這些我們都可以申報，只是我們有寫到不能併同，不能就是中間還是有這個期限出來，那所以這個部分還是希望，都可以視同，都是可以這樣去做申報。那 P7303C，當然我們在身障也是可以去做了根管治療，只是因為有些條件給他們放寬，就是他沒有辦法去照 X 光，但是這個

跟超音波沖洗沒有關係，它只是說因為有些因為困難度，所以它免付 X 光嘛，支付標準表後面有這個情況，但是它跟超音波沖洗並沒有相關。所以這個部分我會建議，是不是一樣就是 14、16 一樣都是可以申報。那另外會再提醒說，雖然它的費用一樣是從 16 專款支出，但是在算執行率，因為我知道我們剛剛講會有算的執行率，P7303C 都會算執行率，這些是不是應該整個算進去？不要到時候算的時候，又算說這個不是那個算，又把這個再扣掉，因為這個部分，它都是這樣的一個情況，可能會提醒這時候要去注意一下。以上，謝謝。

張代表香茂：

我代表新北市，其實現在醫療站的設備都很好，即使在我們新北的烏來醫療站，給我們裡面都已經設置那個電腦斷層的，其實我們有些醫療站設備，其實不輸一般診所的規模，有些診所目前還不見得有的機器，可是我們在烏來醫療站，我們那個社區醫療站，直接就把一臺電腦斷層就設在裡面，所以基本上對於這個超音波根管的話，我們在那邊的設備都有，所以我們也是很希望署能夠同意我們在醫療站，也能夠做一些比較先進的治療。

主席：

好，那請問我們同仁的意見呢？

醫務管理組呂姿曄專門委員：

在 P7302C 的部分，在健保署的立場來講是沒有意見的，因為原本在牙醫不足的部分，已經有同意 P7301C 的這個服務，那所以 P7302C 這個部分是比較沒有問題。那在超音波根管沖洗的這個部分，雖然它的費用沒有很高，但是因為它必須要搭配有根管治療，我們有大概去跑了一下資料，在巡迴點的部分，其實在做根管治療的件數，相對來說會比較低，因為我們不是那麼肯定是不是每一個巡迴點都會有這樣子的設備，那或者是可以提供什麼樣的佐證資料，可以讓我們知道說哪些巡迴點，它其實是備有這樣子的設備，或者是醫師他可以攜帶簡易型的，如果是固定點以前我們在做牙科治療椅的時

候，我們也會去追蹤說，到底哪些點有牙科治療椅。那因為現在超音波根管沖洗的這個部分，我們真的會比較疑惑。因為我們可以很明確的知道說，不是每一個巡迴點，都可以做根管治療，我們才會希望牙全會可以幫我們說明，在執行的設備上，或者是我們是只有同意某一些點，它是可以去做根管治療跟超音波根管沖洗的這個動作，以上。

林代表鎰麟：

主席，要申報這個項目的時候，自然而然你就要那個設備。但是如果當然在署方有疑慮的話，其實那個照相一下就可以了，譬如說醫療站年度調查的時候，有固定式治療椅的這個就拍照，然後將統計資料給署這樣子，是不是這樣而已？但是這個資料，它不是說你今年沒有符合資格，那你明年就沒有，它就是需要資料更新，是不是這樣能夠解除署方的疑惑，我們就併同固定式治療椅的這個統計這樣，這樣可以嗎？如果要附圖我們就附圖。

主席：

那顯微根管應該也要可以。

林代表鎰麟：

顯微那個 level 不一樣，那個是不一樣。

謝代表偉明：

跟主席報告，其實這個真的就是像主席講的先澆水再長草的理論，那我們這個根管就是說一兩萬，那這真的是澆水，可是如果說那個顯微這個東西是一兩百萬，那就不是澆了，那是一個大水庫，你要在這邊沙漠蓋一個大水庫它才會長草，所以這個相對來講這個成本差很多。就是說我們巡迴點它能夠做自然就會準備這些去報，那如果巡迴點可能幾百個裡面有幾十個願意做，那我們就鼓勵它去做，以上。

連新傑醫師：

主席，不好意思，因為那個超音波根管治療是我提出來的，我先解

釋一下，那個設備其實很方便很輕，然後不難，而且可以介接在治療椅上的水線上面。所以我相信巡迴點如果它可以做根管治療的話，它應該很容易有那個設備可以過去。所以我還是不認為巡迴點必須要嚴格到一定要附照片的，因為一般院所並沒有要求，我們醫缺不應該不同標準，認為他們比較落後已經做不到，我覺得這是一種歧視。這個設備再統計時 40%的院所做得到，所以我認為巡迴點我們是一視同仁，跟支付標準要一樣，不需要再附什麼照片，謝謝。

主席：

看起來好像公會大家有不同的意見，我們就帶回去5月的時候再來，好不好？因為有不同的意見，有人要從寬，有人要從緊。就是5月的時候再拿回來討論。

林代表鎰麟：

主席，我撤回剛剛說的發言，以連醫師的意見為意見，這樣就沒有衝突了，我們不希望這個事情再耽擱下去了，因為這個事情大部分醫師都在做了。

黃代表克忠：

不好意思，署裡面的意見只是說，對我們有沒有這個東西可以去執行，產生一點疑慮，那其實我們幾乎接近一半的院所都有這個設備，而且那麼輕，那如果他真的有出去巡迴，一般會帶著，會讓他自己的治療成功率更高，也會比較方便。而且這個一次才一百塊，所以其實應該都做得得到，那當然為什麼巡迴點申報會比較少？因為它有可能是小學或是什麼，那其實比較嚴重的，它可能一年裡面，它可能會去一趟或兩趟，或是一學期才一次，它為了不耽誤小孩子，它的一些根管治療一些其他的療程，它可能會跟校部去講說，你這個可能應該要是帶到附近的院所，或是建議他，寫一些單子讓他出去做，所以一般你會看到的是OD或是拔牙的項目，或者是洗牙會比較多一點，所以我覺得我們全聯會也是有共識的，對。是希望說包含巡迴點或者是社區的醫療站，都應該可以實施這個項目的。

主席：

我聽起來就是說一半有、一半沒有嘛，這是你們說的，所以有的就帶著照片，能大家更安心一點嘛，是不是？這個會有困難嗎？

黃代表克忠：

我們現在不是在討論要如何去審查，是說那希望說可以申報這個項目，對。

主席：

申報，請同仁這邊回應。

醫務管理組陳依婕專門委員：

那我先就牙特來回應好了，我們醫不足先暫時放下，那個牙特的部分，因為我們現在計畫裡面寫院所、醫療團論量支付的話，就是依照支付標準的規定申報，其實這一段沒有問題。只是因為我們現在牙特計畫自己有氟化物幫助處理，甚至對於重度以上的病人是更密集的，所以還是建議優先以計畫裡面的項目來申報。

簡代表志成：

對，這個我們都知道，基本上我想牙特這個問題不大，因為有 P3002 從以前到現在就都可以去做，沒有限制。但是我想我們撈資料也有撈到，就是我們反應到還是可能有一些醫師適用到這個情況，所以我們只是提出來說有這個。當然我們現在已經去防堵它不能交叉報嘛，所以不會有一個弊端，但是還是有這個申報量，像你們到時候撈出來撈到這個申報量的時候，還是回歸這個統計，不要有這樣的情況。所以我們剛剛的重點是在這邊，因為目前來講 P3002 原本的就已經沒有受任何限制，都可以去做，只要是牙特的都可以去做申報這樣子，以上，謝謝。

陳代表彥廷：

署裡面這邊的意見，最主要是我們的醫缺的外展點，它可能在申報這一部分，的確有比較少，剛剛我們主委有解釋說，外展點這個巡迴點，大部分都不是例行性，所以有時候遇到有必須要比較多的治

療的，會請校護讓他們到外面去治療。那這個設備的本身，其實並不是很複雜，它就是一個類似一個小小的握著的而已，那它的操作上也很容易，所以我相信外展的醫師是，他如果在提供根管治療的時候，也就是他得評量他自己能不能完成的情況下，他就會提供。那他如果也有這樣的設備，的確也可以在那邊很容易的，就讓這個醫療品質提升。所以大概兩件事情，第一個就是他在執行上有做的就會使用，如果他有這些設備，因為他希望他能夠有更好的療效。那如果說在擔心說，有沒有這些設備，我想慢慢的會越來越多的醫師會跟上，那也是我們期待的，就是讓每一次都能把它沖洗得更乾淨。那至於說剛剛召集人跟我們連醫師兩個人，他們重點在不同的地方，連醫師是認為好像很容易就可以有了，所以不需要去做存證。那召集人這邊的意思是說，如果署方希望要看到佐證的話，他也可以透過我們上次要把他的設備上傳那個照片讓大家看到，那事實上我覺得這個只是為了查證而已，那這個東西不是一個很難做到的事，我也會責成我們的幹部們，好好把這些做好，因為有做的醫師，也許這樣他可以提高他的成功率，也許就有部分的外展點的醫師願意可以讓就直接在那邊把它完成，那這些小朋友就不用再下山去找醫師治療，這個請主席考量一下，這部分我們會在品質上好好提升，謝謝。

主席：

我們同仁還有沒有進一步的？沒有的話，我想理事長這麼懇切的說明，一定要完全贊同你的意見。但是大家也能夠回去看一下剛剛前面那個，我們顯微根管治療那個。

陳代表彥廷：

主席，那個顯微鏡的治療這一部分，我們會帶回去，會開始找學會來討論這件事情。

主席：

因為我主持總額的會議有一些經驗，大家體諒一下，就是你們的我

們會儘量支持，但是我們的有些建議，如果沒那麼困難，都是有某些原因需要做，大家也要互相幫忙這樣。然後這樣的話，到總額去協商，建議說成長率的時候，大家也都比較友善的討論，有一些成長率。那今天沒有的話，我們今天會議開到這邊。好，謝謝。