

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

111 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 11 月 22 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：蔡副署長淑鈴

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
王代表斯弘	王斯弘	陳代表彥廷	陳彥廷
何代表世章	(請假)	陳代表淑華	陳淑華
吳代表志浩	吳志浩	陳代表義聰	(請假)
吳代表廸	吳廸	黃代表克忠	黃克忠
吳代表明彥	吳明彥	黃代表純德	(請假)
林代表敬修	林敬修	黃代表智嘉	黃智嘉
林代表鎰麟	林鎰麟	黃代表俊仁	黃俊仁
洪代表純正	(請假)	董代表正宗	董正宗
邱代表昶達	邱昶達	劉代表守仁	(請假)
范代表景章	范景章	劉代表振聲	劉振聲
翁代表德育	翁德育	蔡代表東螢	蔡東螢
張代表香茂	張香茂	謝代表偉明	謝偉明
黃代表兆杰	黃兆杰	簡代表志成	簡志成
陳代表少卿	(請假)	顏代表國濱	顏國濱
陳代表文琴	陳文琴	羅代表界山	羅界山
陳代表亮光	陳亮光	蘇代表主榮	(請假)

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
衛生福利部口腔健康司	王彩嫻
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、林學仁、申哲
本署臺北業務組	邱玲玉*、徐慕容*、吳逸芸*
本署北區業務組	陳祝美*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容* 陳淑英*、張念賓*、簡育琳*
本署南區業務組	丁增輝*、賴文琳*
本署高屏業務組	李金秀*、張慧娟*、黃皓綱*
本署東區業務組	王素惠*、陳珮毓*、羅慶暄*
本署醫審及藥材組	高幸蓓、陳盈如、林宏修
本署違規查處室	陳怡蓓
本署資訊組	吳少庾
本署企劃組	趙偉翔、吳箴
本署財務組	李佩耿
本署醫務管理組	劉林義、張作貞、陳依婕 洪于淇、呂姿曄、劉立麗 鄭智仁、蔡孟芸、李佩純 林其瑩、陳怡靜

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：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)牙全會於 112 年 2 月 28 日提供名單須包含 111 年度感染管制書面評核應上傳名單、完整醫療團院所及醫師名單，並請牙全會於 111 年 12 月先行提供測試名單，以利本署測試系統運作。

(二)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。

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。

第二案

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。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 2 季牙醫門診總額點值結算結果。

決定：

一、111 年第 2 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	1.07662605	1.15814793	1.07995158	1.12911025	1.08639547	1.35856032	1.08589043
平均點值	1.05294907	1.13441999	1.07308777	1.11915294	1.07990310	1.32835907	1.08555699

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。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉。

二、一般服務預算比照 111 年之分配方式，以 107-109 年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第 1 季 23.869908%、第 2 季 24.384747%、第 3 季 25.928519%、第 4 季 25.816826%。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	3 月 7 日 星期二 (下午)	5 月 23 日 星期二 (下午)	8 月 22 日 星期二 (下午)	11 月 21 日 星期二 (下午)	12 月 5 日 星期二 (下午)

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用案，並就停止適用日期提請討論。

決議：

- 一、為提升病人就醫安全，請本署向衛生福利部口腔健康司確認牙醫診所、牙醫醫院醫療機構設置標準，規範院所應符合感染管控之標準，並研議本署「牙醫門診加強感染管制實施方案」與其一致之可行性。
- 二、111 年度感染管控實地訪查不合格之牙醫診所，仍依「111 年牙醫門診加強感染管制實施方案」之規定，追扣感染管制門診診察費與一般門診診察費差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額(依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 5 條第 1 項規定辦理)。112 年起是否依實訪合格時點調整追扣期間，請牙全會進行研議。
- 三、請牙全會提出牙醫院所應全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之時間，併同研議牙醫院所後續實地訪查、修訂支付標準相關規範及規劃完善配套措施。
- 四、有關 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費之 64 家牙醫診所名單，本署將提供牙全會輔導。

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「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案，請討論案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、文字修訂：

- (一)第三部第三章牙科處置及手術通則刪除「牙體復形各項目之

點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內」文字。

(二)92002C「齒間暫時固定術」增訂得以照片舉證。

(三)92004C「口外切開排膿」修改為限醫院申報，並將支付標準代碼修改為 92004B，原申報之基層診所則依據跨表流程進行。

(四)92014C「複雜性拔牙」之適用對象新增懷孕婦女，並配合修訂支付規範。

二、依 112 年非協商因素成長率調整下列服務項目支付點數：

(一)90007C「去除鑄造牙冠」由 500 點調升為 800 點。

(二)92004C「口外切開排膿」由 2,000 點調升為 3,000 點。

(三)92093B「牙醫急症處置-每次門診限申報一次」由 1,000 點調升為 1,500 點。

(四)符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(00305C-00317C)統一調升 7 點。

三、新增診療項目：

(一)新增「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，支付點數 500 點、「超音波根管沖洗」，支付點數 100 點，並於施行一定時間後由本署進行檔案分析。

(二)新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，支付點數 500 點，惟本項之適用對象與 112 年牙醫門診總額協商結論有所差異，請牙全會提報健保會，並依健保會決議修訂。

四、修訂支付規範：

(一)91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」之適用對象將配合「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」提報健保會之決議訂定。

(二)P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」，配合新增之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」修訂支付規範。

五、本案由專款支應項目，預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足，則採浮動點值結算。

六、請牙全會每季於本會議報告新增預算相關辦理事項之執行情形(如「執行目標」與「預期效益之評估指標」達成情形、醫療利用、成效監測等)。

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特殊醫療服務計畫」案，請討論案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、自閉症、失智症比照「極重度」障礙患者加成 9 成給付，並新增特定治療項目代號。
- 二、P30002 氟化物防齲處理增訂申報後不得於 90 天內再申報 92051B 塗氟、92072C 口乾症塗氟、P7301C 高齲齒率患者氟化物治療，及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」。
- 三、送牙全會之醫療團申請書需檢附資料刪除牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表，惟各院所仍應依「牙醫門診加強感染管制實施方案」檢送自評表，送分區業務組備查。
- 四、其餘依議程內容修訂。

第四案

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 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，請討論案。

決議：通過修訂方案實施年度，其餘維持原方案內容。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「112 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」內容，請討論案。

決議：本案除年度執行目標維持 111 年方案內容外，其餘通過，重點如下：

- 一、收案條件新增 ICD-10-CM 代碼 K03.89。
- 二、青少年齲齒控制照護處置(P7101C)註 2.修訂為「可視需要申報 X 光攝影費用另計」。
- 三、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)診斷新增初期齲齒、琺瑯缺損，

主要實施氟化物治療。

四、新增計畫延續條款，新年度計畫實施日期追溯至 112 年 1 月 1 日。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、執業計畫：

- (一)保障額度年限計算增列「同一鄉鎮」醫師參與限制。
- (二)巡迴服務之論次支付點數，刪除「同一時段、同一地點限支付一位牙醫師」之規定，另論次支付點數不分地區級數與平、假日，每小時提高300點。
- (三)施行地區保留「台南市七股區」。

二、巡迴計畫：

- (一)醫療費用加計2成部分，由現行每季結算時支付，改為申報時即加計2成支付。
- (二)所有巡迴地點皆得申報論次支付點數，故刪除學校巡迴點須申請前兩年(含)之齲齒填補率達80%以上方可申報之限制。
- (三)論次支付點數不分地區級數與平、假日，每小時提高300點；惟為確保醫療可近性，請牙全會研議巡迴服務目標人次提高之可行性，並於會後來函執行目標修正。
- (四)配合醫療費用申報時加計2成支付，「每位醫師每月平均每診次申請點數」之服務量管控額度由2.5萬點提高為3萬點。
- (五)「每位醫師每月巡迴醫療服務診次」之服務量管控額度維

持平日不超過16次，並增列分區業務組得專案核定特殊情形之規定。

(六)品質獎勵費用：刪除試辦指標評估項目，改為例行性獎勵項目；修正品質獎勵費用支付方式，A指標達標獎勵5%、巡迴點B~C指標同時達標獎勵10%及社區醫療站B~E指標同時達標獎勵25%。

(七)施行地區：新增「中埔鄉裕民村」(1級地區)；嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」三個巡迴地點之地區級數由1級升為2級。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、配合 111 年 9 月 21 日 112 年度總額協商會議共識，本方案專款改為 10 百萬元。
- 二、有關醫療團醫師資格，仍維持 111 年方案規範，執登於牙醫急診試辦中心之牙醫師不得加入醫療團。
- 三、論次費用之假日定義增訂勞動節(包含勞雇雙方協商排定之補假日)。

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案，請討論案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第九案

提案單位：本署醫務管理組

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」，請討論案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

第十案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案，請討論案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

肆、臨時動議：無

伍、散會： 18 時 14 分。

陸、與會人員發言摘要詳附件 2。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議

111 年第 4 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：

代表的人數已經過半了，我們準備開始。陳理事長及各位代表，大家午安！今天我們要開的是牙醫總額今年第 4 次研商會議。今天有兩位是新代表，一位是黃俊仁代表，北區審查分會的副主委。另外一位代表是藥師公會全聯會的范景章代表，歡迎你。現在請大家看上次會議紀錄，有沒有什麼問題？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：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席：

好，謝謝，本案決議事項辦理情形大家有沒有意見？好，請翁代表。

翁代表德育：

我們看到追蹤事項第四案，有關高風險疾病口腔照護扣減方式，已經在健保會中提報了，署本的想法是重複的要扣減，那我們當初送出去的版本是未執行完的預算要扣減，當然健保會已經決議了，就是採用署本的方式來扣款，因為已經通過了，我們都是只能接受啦，針對署本的扣減方式我們是覺得不合理啦，我們這邊是希望下次研商會議可以再提出來，今年沒辦法改變，希望明年可以改變。

主席：

這個扣減方式在健保會討論了，討論很熱烈，所以不管是原則、細節都有討論，已經定案了，我們這裡應該不能再討論了。

陳代表彥廷：

好的，當天的確有討論，但是我們認為癥結在於當時健保會本身幕僚所給的意見更偏另外一邊。

主席：

對，但是你們沒有採納。

陳代表彥廷：

沒有沒有，我說我們在署本的這邊計算的部分，我們其實還有有意見，當時我有提出來是有意見的，但是我提完了之後，就沒有再討論了。那既然今年已經過了，我們今年會按照那個方式執行，只是說未來我們在執行這個的時候，我們希望跟署本這邊再討論一下，因為我們覺得過去它有執行，然後三年內曾經執行過一次就代表它一直都有在用，這件事情我認為是不太合理的。那裡面的內容是應該要再討論一下的。

主席：

好，本案提到健保會討論是今年的扣減部分，所以就不再討論，照健保會通過的扣減方式辦理。但牙全會對於明年以後還有意見，就請你們提案討論。基本上，本案在健保會討論，健保會幕僚也提一個扣減方式，更嚴格，本署也沒有採，後來是折衷方案，後來理事長也同意，才有這個結論，至少今年一定是先這樣做。日後如果你們有更好的意見，就另起一個案子再討論，其他還有沒有什麼意見？好，那第二案。

報告事項第二案

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

主席：

好，謝謝報告。醫管組劉副組長有要補充嗎？林義副組長。

醫務管理組劉林義副組長：

我們的簡報第 30 頁跟第 31 頁，高風險疾病患者牙結石清除的這一塊，今年的預算是 4.05 億，在協定的事項裡面，除了剛剛講的扣款以外，還有節流效應的具體評估方式，這個我們上次有討論過。本來我們的說法是因為這一項從三月才開始實施，所以有關節流部分可能沒有辦法那麼快能夠看到效益。不過這個案子送到健保會之後，健保會認為還是要提出有關節流效益的具體評估的方式，以及高齲齒病患牙齒保存改善服務的這兩項，他們認為還是要提。所以這兩項都一直掛在健保會的追蹤事項裡面，他們是說十二月一定要提，所以關於這件事情我們有發函給牙全會，可能你們也要討論一下，11 月 30 號以前先給我們一個回應，有關這兩項預期效應要怎麼樣提案，我們十二月要提健保會，以上。

主席：

好，謝謝。各位代表對於這個簡報有沒有什麼意見？好，請翁代表。

翁代表德育：

好，看一下報告第 33 頁，關於這個弱勢鄉鎮獎勵服務提升計畫，這個執行率跟以前比是差蠻多的。我們有接收到分區的院所反映，有部分的院所覺得計算上有一點錯誤，所以家數是偏少。那我不曉得就是署本這一邊有沒有固定個邏輯給各分區的業務組去做計算？我們現在比較一個隱憂就是可能有很多院所沒領到，他們也不清楚到底為什麼原因沒有領到，或者是應該領到沒領到，我不曉得這裡有沒有什麼補救的方式，以上。

主席：

好，這個問題等一下請醫管組回應，那請問有沒有問題的。好，暫時沒有，就于淇專委說明。

醫務管理組洪于淇專門委員：

那請大家翻到那個討 9-16 頁，我們剛好有報告，統計 111 年牙醫弱勢鄉鎮計畫第 1 季跟第 2 季的不予核發情形，以 111 年的第 1 季為例，事實上計畫內鄉鎮符合資格的診所有 356 家，可是因為方案有不同的門檻，在不符合核發資格的第一到第五項，就排除了 68 家診所，另外依據不予核發資格第六點，每季沒有申報兩件以上的牙特案件就會被排除，所以又排除了 130 家。然後再依不予核發第七點，就是上傳口腔癌的篩檢至少一件，就又排除了 120 家。所以最終核發的就只剩下 38 家。主要是今年增加不予核發資格七，上傳口腔癌的篩檢診所比較少，所以最終家數才會偏少。

翁代表德育：

那有的院所反應，他是符合的，但是業務組那一邊的資料是說不符合，後來有更正，不曉得其他的分區有沒有類似像這樣的狀況。

醫務管理組洪于淇專門委員：

我們的資料會提供給分區，分區會確認院所狀況再回復我們。

翁代表德育：

我們是看到有很多的院所不知道，像我所知道有院所跟我反映，他的資料是寫說他牙科都沒有做，可是實際院所牙科是有做，所以後來就跟分區業務組申復，那所以業務組又找到了裡面有幾家。

醫務管理組洪于淇專門委員：

因為我們是從申報資料來，有可能是補報或是其他原因，如果有問題還是可以申復。

主席：

好，如果有個別的問題可以向分區業務組申復，我們會等分區業務組最後確認之後才開始核發，所以有錯誤就先申復。還有沒有其他問題？沒有的話，我請各位看一下就是那個報 2-20 頁，第 38 張投

影片以後專款項目，今年各項目執行率都非常地低，包括牙醫急診不足區試辦計畫，只有一家醫院參加，再來 0 到 6 歲、12 歲到 18 歲這兩項計畫，執行率連 1%都沒有，已經兩季了，雖然是從第一季才剛開始執行。另高齲齒的保存改善計畫的預算預算執行率都是個位數，這些預算均編列在專款。

醫務管理組劉林義副組長：

對。

主席：

這些專款計畫，在協商時均獲頗具規模的費用，但是執行率如此之低。故我覺得，這幾年牙醫總額之協商重點都是類似的計畫，都是用年齡一直區分，協商結果是爭取到預算，但是根本沒有執行。當初提出來時誠意都很高，就是各類人要如何的加強牙醫照護，可是事實上所編列的預算並沒有用在被保險人身上。這個部分真的是要檢討，因為這幾年確實都是如此，這樣執行的情形是不好的。另外，大家都覺得未來需求很高的牙周病統合計畫，預算雖然已經歸到一般預算裡面，還是要請牙醫院所確實執行，讓民眾的需求能夠得以滿足。這兩年執行率當然也有受到疫情的影響，點值都 1.1 元以上，當然點值高很好，可是各位代表們調升支付標準之後還是那麼高，是不是代表說其實牙醫的整個服務量是還沒有辦法能夠回到正常，特別是這幾個重點項目。請問理事長有沒有什麼要回應的？

陳代表彥廷：

謝謝主席提醒。這幾個專案的部分，我覺得啦，就是說我們當初在設定的時候，譬如說 0 到 6 歲，那其實是因為衛福部 0 到 6 歲兒童的口腔健康狀況要調查。那時候是針對早發性蛀牙，早期嚴重蛀牙，重點在於三歲以前介入，那當部提到是希望它不要發生，所以我們當初提這個計畫的原委是這樣，不過後來因為我們有另外提高齲齒風險的改善計畫，所以目標族群的確是受到了影響。不過這個部分我們今年改了計畫，不過看起來能夠大幅度地提供服務的可能性，我覺得也沒有很高。那 12 到 18 歲也有類似的情況。那至於牙

周統合純粹就是疫情關係，我相信未來一定會回到正常。現在的服務量其實接近八成的服務量了，在今年度的下半年第4季其實大概都已恢復，那明年度應該可以回復正常。如果計畫本身可以修訂，那我們就儘量去修訂，讓他們能夠提供更多的醫療服務或減少民眾在這一部分未來的需求。

主席：

好，因為我們牙醫總額已經也實施這麼久了，健保也27年了，提供牙醫服務這麼久，可是我們學童蛀牙率依然很高，這個部分還是要看看有什麼更好的想法。當然你們每次爭取預算的時候都講80/20，但結果均不盡理想，請問理事長。

陳代表彥廷：

是，主席，其實是這樣，牙醫師主要提供的是醫療照護，那我們當然也會做一些預防保健的指導，可是這一部分說真的，我覺得是國家應該要做的事。像我們剛剛在講的說0到6歲，國家也做了口腔狀況調查，那這幾年有沒有把重點放在這，我們覺得學齡前兒童如果有這樣的措施，才會有改善，我們牙醫師大部分看到小朋友都已經蛀牙了，所以實在是沒有辦法，我們看到這個現象也覺得很遺憾，但是我們就是只能一直補這些蛀牙。像我們公會，不管是國小兒童的潔牙觀摩，我們11月有到一個臺南的特教學校去做潔牙觀摩，都是公會自發性的，而且都是用公會自己的錢，我們其實也想做，但是說真的，很多時候我們連校園都進不去。所以預防保健這一部分，我們希望政府更加重視，尤其從上一次的國民口腔狀況調查，後面要推的事情要呼應這件事，不然的話永遠好像不曉得在做哪裡，我們也很遺憾。

主席：

對，口腔司今天代表是王技正，口腔司這裡有沒有什麼要回應的？

口腔健康司王彩嫻技正：

沒有。

主席：

沒有，好。請黃代表。

黃代表克忠：

因為之前我們對於幼兒的塗氟的效率不彰，而且家長也觀念說小孩子一長牙就應該要塗氟，自從我們在兒童手冊裡面，把格子給它弄出來，讓他們知道每半年就可以帶小孩子來一次。他可能是一歲，一到一歲半或一歲半到兩歲，可以知道到了第幾次，就有點像打疫苗的那個格子的話，而且可以在懷孕的這個過程之中，就開始對家長有做這些教育了。所以其實慢慢地已經開始有深入了，那如果說可以再加入一些常規檢查，你把格子再增加一點的話，那讓他們來檢查的那個頻率就會增加。那這樣就算你發現問題，就可以提早幫他們解決。那就可以用健保來幫他們解決，不過這個前面前置的話，應該國健署可能也要協助。

主席：

是國健署還是口腔司？

黃代表克忠：

對，現在是口腔健康司，可能大家要來合作一下這樣子。在沒有病的時候是屬於口腔健康司，有病的時候就屬於健保署，對。

主席：

好，那就麻煩口腔健康司的代表能夠帶回去研議。

口腔健康司王彩嫻技正：

是，我補充一下，就是目前三歲以前的幼兒，我們是有跟醫事司那邊合作了幼兒專責醫師，那他們有把比較高危險群幼兒進行個案管理，然後會提醒家長轉介。剛剛說要在兒童健康手冊加入兒童塗氟的表格，就是謝謝代表，我們這邊有收到一些牙醫師的反應不是那麼清楚，因為實際執行是明年2月1號開始，希望牙醫師這邊可以多多協助。

主席：

好，那個專責醫師是西醫師。

陳代表彥廷：

是，那個計畫是試辦計畫，只有北區在辦優化兒童的那個計畫。

主席：

不是優化兒童，她現在講的是幼兒的專責醫師。

陳代表彥廷：

但是我們都沒有接到這些。

主席：

還沒有開始啊。

口腔健康司王彩嫻技正：

明年2月1號開始。

主席：

明年開始，我記得這個幼兒專責醫師一定是全面執行，不是試辦，薛部長期許它是一個很重要的計畫。但是重點它是兒科醫師，透過兒科醫師要轉介給牙醫師，所以這個計畫可能要寫清楚一點，因為它已經納入個管了，就等於每位小朋友都有一個家庭醫師，那如果有牙齒的問題的話，個管醫師有義務，請那位媽媽要帶孩子去看牙醫師。理論上是這個概念，但還沒有看到計畫的細節。好，我們希望這項計畫未來能夠改善。其他大家有沒有意見？好，請翁代表。

翁代表德育：

主席，關於牙周病統合照護計畫，我們在這裡，看看能不能藉著今天的會議來拜託六個分區業務組，那現在統合照護計畫大概評估，今年大概可以達到90%左右，但是每一個分區實施的比率事實上是不一，我們現在遇到一個很頭痛的問題，譬如說分區業務組因為他覺得他該區的預算執行率已經超過100%，所以他開始要做一些量的縮減，就由行政管理的手段，但是其實牙周病統合照護計畫，對我們邁入80、20它是一個很重要的關鍵，其實我們要看的是有沒有醫療需求。那如果是針對在醫療專業的部分不合理性，或是這些

檔案分析的關係，我們絕對舉雙手贊同。但是如果只是在件數上做行政管理上，我們覺得很無奈。尤其有的分區甚至還把件數當作積分的一個參考，然後呢，甚至在做執行牙周病統合照顧計畫裡面，最大的推手專科醫師也給了他件數上的限制，那我們覺得說事實上好像設下一些障礙。然後當然這些分區它可能是執行率會比較高的，所以我在這裡就拜託大家，牙周病統合照護計畫的推動事實上雖然已經量比較多了，但事實上還是要，後續還是要強而有力地慢慢去推，才有辦法去慢慢達到我們 80、20 的一個重要的里程碑，以上。

主席：

牙周病統合照護計畫我們有預算是 28 億左右，目前在分區分配上有些問題，因為一開始並沒有按照百分之百人口去進行分區分配，而是逐步進行，也包括透過風險款調控，好幾年了，到現在也還沒有回到百分之百人口進行分區分配對不對？

翁代表德育：

對。

主席：

另外一個問題是牙周病統合放進去的錢，現在都是利用不足，所以呢，相關費用已併入整個一般總額裡面，若牙周病真的做得好的話，理論上其他的費用都有產生一些替代效益。翁醫師。

翁代表德育：

我跟主席報告，我們從百分之百的執行率慢慢用每個時間，丟到 R 值計算的一個分配的一個方向，就是要分散每一個分區在執行上的壓力，如果你一年就把它執行率馬上變成百分之百的話，它其實很多分區會出了狀況。現在出了狀況就是這一些執率比較高的分區，它慢慢地每一年傾向 R 值以後，它的預算占額越來越少。所以分區業務組就會主張，你們的牙統，執行的預算已經超過，那譬如說執行率超過 110%，然後開始要量縮，我們認為這樣的觀點就是看起

來不合里，我也覺得無奈，我要跟主席表達的是這一點。那第二個就是說我們不是人為操控這一些分配，我們是要讓各個分區有時間去緩衝，這一個時間預算分配所帶來給各個分區的衝擊，一段時間讓它去緩和。其實已經過了快五年了，很多分區執行率上下差蠻多的。所以我們要一點點時間。

主席：

已經五年了，不應該還差那麼多，而且五年前也已經執行牙周病統合計畫，所以這個時間其實是已經夠久了。五年也夠長了，請問還要幾年？要十年嗎？

翁代表德育：

沒有沒有。

主席：

對啊，說不過去了。好，那這個部分就請留意，那牙統不會再增編預算，就是在整個一般總額裡面，大家就是要一起使用的，現在利用率還是不足的，整體而言沒有用完所編預算。未來預期隨著人口老化，理論上牙周病之需求是在的，這一點本署是重視的，因為牙周病做不好，就 80、20 也不用再講了。那就拜託了。那再來第三案。

報告事項第三案

案由：111 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。

主席：

好，今年的第二季的牙醫總額的點值全區是 1.08，大家有沒有意見？好，謝謝。再來第四案。

報告事項第四案

案由：112 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

主席：

好，謝謝。原來在 105 年的決議是用近三年的核定點數的平均占率作為未來的四季重分配，因為疫情狀況影響各季占率，所以 112 年，看要不要用 107 到 109 年的占比，這樣大家有沒有意見？好，沒有意見，我們就以 107 到 109 年的平均占率作為 112 年的四季重分配。再來，下一案。

報告事項第五案

案由：112 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

主席：

好，有沒有意見？就固定禮拜二下午的時間，大家有沒有意見？如果沒有，我們就確定了。好，再來討論事項第一案。

討論事項第一案

案由：支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用案，並就停止適用日期提請討論。

主席：

好，謝謝。看沒有申報的院所，大於 65 歲這 17 家診所之申報牙醫費用是 5.5 萬至 1.8 百萬，意思就是說有診所其實 1-6 月申報是 5.5 萬點而已，十分低，小於 65 歲的這個 47 家，也有些很少，380 點，這等於 0 嘛，診所等於沒有申報，可是這裡 47 家沒有詳細的統計資料，不知道個別診所的狀況，現在看起來是差異很大。380 點的是其中的一家，是只看一個人，整個半年就看一個人次。可是 2.6 百萬點的這家診所，就有點規模了，所以印證就是說這些沒有申報感控院所，有些診所是申報量很少，可能接近要歇業，但是申報量很大的診所，又不是年紀很年長，那又怎麼解釋？請全聯會回應？

陳代表彥廷：

感染控制這件事情是國家的政策，如果部裡面跟署裡面決定一個時間點，我想是會儘量地去輔導會員，如果診所願意具體執行牙科的醫療服務，我們就希望他都能夠符合我們的管制來去做這件事情。

主席：

全聯會輔導沒有申報的診所，在輔導過程中有發現問題？來，請吳醫師。

吳代表迪：

我可不可以請教一下，因為這邊沒有細部的分析，第一個事情如果是新開業的院所，那麼在感染管制的實訪沒有通過的話，申報的費用是不符合感控的診察費，因為沒辦法申報感染管制診察費。在這個前半年一定有新開的院所，那麼新開業導致看診人次比較少的，有沒有可能會是這樣的問題？而如果院所今天在第一次初訪開業的時候他就沒有通過，那他自然是不能申報這個感染管制診察

費，所以院所可能也落在這統計數字裡。當然我們也想到說的確是有一些院所真的是說他沒有辦法去配合執行，由於現在仍然保留一般診察費在這個地方，他就可以繼續申報，一直以來，我們在到去年度去討論這個問題的最大的癥結點，還是卡在一個地方，如果院所沒有辦法配合政策，他始終沒辦法達到這個標準的時候，今天這一般診察費放在那裡他就不會申報感染管制診察費。而我們今天希望設下落日條款，想把這個診察費拿掉，他就不能再申報一般診察費了，那問題卡在說院所可不可以不申報診察費，這個問題癥結點到底解決了沒有？如果沒有解決這個問題的話，我們要怎麼去把這個問題處理掉？我們前幾次討論最大的重點在這個地方。當然我們之前在費用討論有一個細節部分的概念上有說，因為如果今天把這個取消掉之後，牽扯到後續的問題就是扣款的方式，因為當你今天在訪視不合格的時候，你不能申報感染管制診察費，那你就改一般去做申報，再扣掉延伸出來的感染管制的成本費用的落差，但如果沒有一般診察費如何執行扣款以及複核通過前如何申報診察費。我想這本來就是我們在設定這些東西的時候就應該考慮，實際上診察歸診察，感染管制歸感染管制，那它會是照現在這樣的執行，是呈現我們要求政策上的概念，要求每個人都要符合這件加強感染管制標準。但如果發生扣款的事情的時候，這些費用的問題還是要顯現出來。所以我們在之前會議上也有討論過單一診察費的方式，萬一訪視不過的時候，這個扣款能不能落到我們支付標準表備註裡面去，類似像這樣的細節其實我們討論過。但是始終最大的問題是在於說一般診察費被拿掉之後，院所仍然不接受，仍然不配合政策，那它要申報什麼？署方可以同意他不申報診察費嗎？這個癥結點到底現在解決沒有？我想去討論的重點還是在這個地方，謝謝。

陳代表彥廷：

所以也就是說如果我們設一個時間點，設一個執行目標，那相對的配套我們就也要在這段時間做好。大概重點就是這樣。

主席：

大家還有沒有意見？理論上因為原來的支付標準項目為一般診察費，後來有一個「感控的診察費」，待大家控做到一定的程度，就是基本的門檻，這個診察費它應該還是叫一般診察費，但是它的內容是達到感控標準。我們的診察費就只有一種，現在只是在區隔過去才會加一個感控的診察費，可是這個感控的診察費在未來就是正常，就是叫一般診察費，你沒有做到就是沒有達到診察費的標準。所以理論上到一定的程度，當我們要把一般診察費去除之後，這才是長期要做的，那剛剛理事長的意思，如果我們今天討論一個落日條款的話，那你們就可以在那個落日之前來把這件事情達標，是這樣嗎？

陳代表彥廷：

就是我們會去輔導目前還沒有做到的院所，他如果有意願，我們在專業上會讓輔導讓他們可以達標，但是還是要院所有意願才可以。我們會明確地告知說，到了那個日期之後，你就沒有辦法申報了，就我們要把東西先講清楚。

主席：

吳迪醫師說的裡頭有一些是新特約診所。

陳代表彥廷：

對，這個也得克服。

主席：

當然啊，新特約更應該要符合感控的標準，它是一個新的，更應該用新標準。

陳代表彥廷：

新特約是說它會經過實地訪查合格。

主席：

對，那如果有空窗期，我們就是要提前部署了，要跟所有的會員講說你一但特約，這個就是基本門檻了，如果沒辦法達到感控的標準，你就不要來特約，感覺上是這樣才是對的。

陳代表彥廷：

如果國家是這樣想，那衛福部應該會責成我們地方的衛生單位在醫事機構成立的時候，它就應該要符合這樣的一個標準，它才能夠成立。這樣我們就不用再去輔導了，理論上是這樣。

主席：

就是他要申請開業就要做到，這個也是個辦法。它就一個更前面，他要不要跟健保特約就應該做到。其實現在還有一個問題是自費的院所，也沒有人去訪查。這個好耶，那我們是不是應該返過頭去建議口腔司要求衛生局，口腔司這邊代表覺得怎麼樣？設立的時候的門檻就是要符合感染管控，這很基本，如果連這個也都不重要，那就不知道口腔司想要怎麼樣保障民眾的權益。

口腔健康司王彩嫻技正：

目前縣市衛生局已有對院所的感控查核，需先確認是否和健保的標準一致。

主席：

現在衛生局也有感控標準，跟我們現的 SOP 不一樣嗎？

陳代表彥廷：

我知道去年本來有說要做，那一次用的標準就是健保上採用的標準。

主席：

是，那不能一致嗎？一定要弄兩套嗎？

陳代表彥廷：

我不曉得，但是那是因為我們才執行完，後來就沒有執行了。就是可能健康司，那時候的口腔司有請衛生局要再執行一次，但是我們那時候的反應是剛做完，不希望再重複做，大概是這樣。

主席：

支付標準科這邊你覺得可行性如何？醫管組組長。

黃代表兆杰：

我們當然是希望能夠往前要求，因為畢竟感染管控這件事情攸關病人的就醫品質與安全。所以本來就應該要往前去要求，只是說我們不曉得前端的單位他們配合的程度怎麼樣，是不是可以請口腔司這邊協助去了解一下各縣市衛生局的狀況。

主席：

建議未來要朝這方向來規畫，標準應該一致，就健保署來講，我們只能在特約的時候去要求，但是國家如果可以在成立診所的時候就去要求，那剛剛吳醫師所講的新特約就就不再是問題，我們好像還可以有努力空間，就是在全面提升感控的這件事情可以做得更周延一點，可能我們再花一點時間跟口腔司這邊來討論，第一個標準要一致，第二個可以在什麼時間點去要求。因為我們過去在這裡討論的時候，也有留下一個但書是有關自費的部分，請心口司去做，那現在已經成立口腔司了，口腔健康司更應該要做。好，那我們今天可不可以做一個決議，就是說經過大家討論，建議應該從診所的設立的時候就要求符合感染管控，而且標準能夠跟本署一致，那我們是不是請醫管組這邊跟口腔司再具體地討論，那提下一次會議再來討論，如果有一個比較具體結果，我們就可以來訂這個落日條款。

副組長。

醫務管理組劉林義副組長：

那另外就是剛剛理事長有提到的感控扣款的，那因為扣款是加強感控實施方案中的規定，這個部分因為目前執行的是 111 年部分，那隨著疫情慢慢減緩，我們現在開始實地去訪查。那當中我們定的那個扣款的部分，我們去實地訪查，假如實地訪查不合格，方案規定要追扣到當初感控診察費開始設立的那個時間點，最多扣 2 年。

主席：

追到 109 年。

醫務管理組劉林義副組長：

對，可是現在隨著 112 年疫情已經快要恢復正常了，現在牙全會這

邊要考慮一個狀況，假如我在 111 年實地訪查它是合格地，可是它在 112 年實地訪查不合格的時候，假如我們還是照這個方案的話，那還是要追扣 2 年，這樣子診所會不會有些異議？111 年實訪是合格的，我說實地訪查，書審後只要實地訪查不合格還是應該追扣 2 年。可是現在假如在 111 年實地訪查是合格，然後 112 年不合格的時候，那我到底是要追到 111 年合格的時點，還是說我還是往前追扣 2 年？那我的意思就是說會不會扣到合格之前，就是說最多追兩年可不可超過前次實訪的時間點？這個部分可能我們在 112 年實地訪查的時候，可能要納入考慮，建議在修訂 112 年方案是要提出來討論。

主席：

好，全聯會要提出你們的建議案嘛？

吳代表迪：

第一個是支付標準的修訂可以去研議，因為這是與感染控制實施方案的實地訪查兩個部分是連動的。由於兩個部分連動我們都要去做設計，那我建議是如果可以的話，允許我們回去研議過說把這兩個部分的細節看怎麼來規劃。

主席：

對，你們可能要先想一下，就是現在有兩個問題，一是我們現在還有一般感控，所以是差距。另一個是到底什麼時候去發現它不合格要追溯。

吳代表迪：

對，這個我們其實就要討論。因現在訪視的如果發現不合格，包括一些單項，比方說像之前有提過藥水有效期限的問題，追扣費用上也有比例原則的問題，如果訪視時剛剛超過有效期限，而導致追扣費用一直要追到 2 年的時間，事實上它在比例原則上是不合理的。所以也要去研議說到時候在扣款上面來講怎麼去設定這個問題，就像副組長提到如果去年合格，今年又抽到卻不合格，那扣款應該什

麼樣的概念，類似像這樣，其實都要考量進去。

醫務管理組劉林義副組長：

對，那針對書審後實訪不合格，需要追扣 2 年這點有問題嗎？

吳代表迪：

那個概念沒問題，因為是依 111 年度的方案執行，而且書審不是實訪，依就過往的邏輯上來講，如果要加上比例原則的概念，是從明年修訂方案後才開始。

醫務管理組劉林義副組長：

因為我們已經查到三個，我們都扣了，就是書審可能是合格地，可是它實地訪查不合格，所以我們一律往前推到 109，這個我們要說明一下。

主席：

已經有三家是不是？

醫務管理組劉林義副組長：

對，已經查到三家，那現在各分區都還陸續在查。

主席：

因為以後每年都有隨機的實地審查，那一旦實地審查，那過去可能都是書審，沒有被抽到。那一旦實地審發現不合格的時候，要怎樣處理。不過那個吳醫師你在研究這件事情的時候，你可能要考量兩個狀態，一個是有一般的診察費可以扣差額的，一個是未來如果一般診察費停止適用的話。

吳代表迪：

我們會再考量。

主席：

對，這個可能要一併考慮，因為總有一天會有落日，不管今天怎協調，總是希望圓滿。還有一個是讓這個 64 家更少，就是由時間來換取不合格的這個診所的減少，甚至到消失，這個部分我們就竭盡努力，也不要讓一些院所無路可走。兩邊都要努力，請你們回去再

研議。我們剛剛就決議就是要跟口腔司去接洽，第二個決議就是請你們周延地考慮未來如果我們隨機實地審查之後發現不合格的扣款，在兩個情況之下要如何處理。那第三個決議，就是請全聯會針對這 64 家再看到底有沒有改善空間，儘量不要讓它再增加，要讓它減少，那也許我們下一次開會的時候，這裡已經變 10 家。那 10 家再努力一下，說不定要把它定一個落日的日期就容易多了，那下一次我們就要具體地討論說，兩個局面之下怎麼扣款，那這個案子就麻煩你們提出來。

黃代表克忠：

主席，名單可以提供嗎？64 家。

主席：

名單可以提供，這已經是需要輔導的院所，那名單提供的時候，就把這些申報的點數，還有它的特約日期通通當成附表，讓牙全會有足夠的資訊去判斷這一家到底是屬於哪種狀況。來請楊醫師。

楊文甫醫師：

主席，對不起，我這邊補充一下，因為我是列席的，不方便主動發言的。那我這邊剛剛查了一下過去幾年沒有申報 SOP 的家數的數字，基本上大概都有從三十幾到五十幾，最多是五十出頭，所以我在猜剛剛列的那個 64 家，其實是包含了今年剛剛如同我們吳迪吳主任說的新特約，他還沒有經過實訪，所以他還不能申報，大概是有包含在裡面。那另外就是剛剛劉林義副組長說的，因為事實上我們去年 110 年書面已經全部掃過一次了，那包括藥水期限這個問題，其實每一家院所都有上傳他們正在使用的藥水，那我們其中有一項目就是藥水的效期要出來，那我們審查醫師審核過了以後，至少代表在它上傳的時間點，就是去年 3 月 31 號前上傳的時候是它這一方面都是合格的。所以今年如果實訪，比方說剛剛吳主任說的那個藥水過期的那個。

主席：

藥水沒換？

楊文甫醫師：

對，沒有錯，過期就是過期，不合格就是不合格，但是你把它往前回推兩年，以我們的角度來說是有點超過。

主席：

那你們覺得藥水過期是一個很小的事情還是很大的事情？

楊文甫醫師：

當然很大，但是問題是即便是很大，它還是有一定的比例原則。就像我們在高速公路，超速的程度不同，危險性也不同，這樣主席應該懂我的意思。

主席：

那你們去好好拿捏。

楊文甫醫師：

是，所以我在想因為我們這一次還沒有完整地討論，當然到時候我們如果提我們版本的那個實施方案的時候，我們會希望納入比例原則，雖然我們知道不可能一個條文把所有的細項全部都訂清楚，但是在這邊我們幾個幹部有先初步討論了一下，我們會希望將來把怎麼扣款的比例原則精神把它加進去，在這邊先跟主席報告一下。那至於目前今年已經扣的，我不太清楚有沒有，還有沒有補救餘地。

主席：

補救什麼？已經扣的？

楊文甫醫師：

對，因為他剛剛說追扣兩年，但是以我 SOP 小組召集人的角度來說，至少它在去年 3 月 31 號署裡上傳的那個點之前，他送上來之前是合格的。所以扣到兩年有一點點超過，所以我不知道在這邊研商上面討論這種細節適不適合啦。

主席：

當然現在如果討論這種細節就是會占時間。

楊文甫醫師：

對，所以想說先跟主席初步報告一下。

主席：

好，我覺得你們去周延考慮比例原則，我也是不反對，但是哪一項可以比例原則，你們自己要從感控的角度去看，有時候是感覺是一個小事，但是它確實所有的東西都因為那一件小事而衍生為嚴重的後果。這樣就不是叫比例原則了，這個就顯有重要對吧，我剛剛去舉例，你們一直在講藥水過期是消毒藥水過期，就是酒精或者是其他的殺菌的藥水過期？

楊文甫醫師：

泡器械的。

主席：

泡器械的，那這樣子是不是顯有重要，你們自己看一看，因為聽你們講好像是一個小事，但看來好像也是蠻大事的。如果藥水過期是無效，那泡也無效，等於清潔也無效啦，你如果一路想下去的話，我都不知道那個是不是小事啦。而且 111 年的這個感控的實施方案以已經核定了，當初研商都有共識，我們現在就只能照這個先執行，因為這個已經歷經我們多次的討論，除非方案有改，要不然就是照現有規定執行。那 112 年方案還沒有討論，所以 112 年你們如果要有更周延、更配套，是要在 112 年去執行。現在如果針對剛剛的個案是屬於適用於這個 111 年的，我看就不能再討論了，要不然的話，我們是連今年都很難執行，也不希望這種家數太多，那如果有爭議或者是有錯誤的個案要申復的，就依申復流程辦理。理事長這樣可以嗎？請跟會員善加告知好不好？那這個案子我們就先做這三項決議，大家有沒有意見？好，如果沒有，我們就進到第二案。

討論事項第二案

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

醫務管理組陳依婕專門委員：

討論事項第二案，是有關修訂支付標準案，那請各位可以看到 PDF 的第 84 頁，這一次牙全會建議一整批支付標準的修正，我們稍候會用對照表的方式來做說明跟呈現。

那請各位先看到討 21 的下方，本署說明，112 年可以用於調整支付標準的預算來源包含下面的幾個，(一)是非協商因素醫療服務成本指數改變率，預算有 3.1 億元，那協商因素裡面，特定牙周保存治療有 5350 萬，專款的部分，超音波根管沖洗有 48 億，第二個是齲齒經驗的高風險患者氟化物治療計畫有 10.1 億元。那本署的說明等一下後面會有，不過第三點也跟各位做一個提醒，就是因為健保會已經有協定這些新增預算的辦理事項，我們建議牙全會定期可以每季於本會議報告相關的執行情形，譬如說執行目標還有預期效益的評估指標、達成情形等等。那如果有需要本署協助相關的申報資料試算的話，本署也會協助。

請各位繼續看到討 2-3 頁，牙全會建議修改的第一個項目是針對牙科處置及手術的通則，通則的第二點原本寫的是「牙體復形各項目點數均包含牙科局部麻醉費在內」，那牙全會希望這個項目刪除。刪除本項的意義就是代表以後如果有做到牙科局部麻醉的話，都是可以另外申報的。本署的意見第 1 點是請牙全會說明刪除本項的原因，那第 2 個我們有翻了一下現在目前牙科局部麻醉費是 90 點，如果牙體復形的這些項目，它的麻醉費都可以另外申報的話，我們有做相關的財務預估，(1)事先向牙全會了解，牙體復形會用到麻醉的經驗值大概是 10%，以 111 年 1 到 9 月有申報牙體復形的人次，跟去年同期的占率還有成長率來做估算，(3)我們估算起來全年大概會有 920 萬人次。(4)跟(5)就是我們推估增加的費用大約是 8460 萬點左右。那另外我們有分析了，在第 4 點分析了一下現行

的支付標準還有這次牙全會提案修點的優點如下。第(1)個是如果牙科局部麻醉內含在牙體復形的項目的話，無論是不是有做麻醉，支付點數都相同，所以如果非必要的話，不會使用到麻醉。那(2)是牙體復形所需的麻醉費用如果另外申報的話，就是執行麻醉的可以另外支付，那醫師依照他所提供的服務獲得適當的回饋，但是會增加申報的複雜性。那另外因為這個項目沒有預算來源，所以請牙全會研議一下，如果沒有足夠的預算支應的話，是否研議修改牙體復形相關的支付點數？

主席：

好。牙科的局部麻醉費其實只有 90 點，再拉出來意義不大。說實在牙科的單價都還蠻高的，那這個局部麻醉理論上都是打一點或者是塗局部麻醉的藥，我不知道現在的執行數。但是只有 90 點，值不值得再把它拿出來單獨列一項？請那個吳醫師。

吳代表迪：

主席，跟您報告一下，這是有其必要性的，我們先說明麻醉會內含在牙體復形醫令的時間，這是從民國 95 年時被內含進去的，當時是為了一些醫療管理的理由，把這項處置設定內含進去，但放進去的時候，各項醫令也沒有增加支付點數，所以這麼多年下來，事實上我們牙科在調升，我們講說這個 OD 的部分，牙體復形各項目的支付點數，除了 89004 跟 89005 曾經調整過一點點點數以外，剩下各項都沒有調整過，噢！89013 也調過一次，而其他各項醫令都沒有調整過。也就是說事實上我們有幾十年沒有調整過費用了。現在時空背景已經過去了，事實上我們現在應該強調有執行就有支付這樣的概念，所以我們在管理牙體復形的給付，其實已經跟時代脫節了。所以我想特別向主席講這 90 點費用的問題，那 90 點也有可能是發生在好幾顆牙齒填補，因但我們在麻醉的執行上，卻不是跟著每一顆填充牙齒醫令申報，它是在那個麻醉執行區域裡面，我們牙科把全口分了六個區域，在這個區域裡面他有執行，不管他補三顆還是補四科，它也只能執行申報一次費用，所以費用獨立後，再我

們跟填充醫令去做比對的時候，才能夠比較比例。這是第一個點。所以如果以第五項的概念去看，我們也沒辦法去估這件事情。

再來民國 95 年以後，我們就沒有任何數字告訴我們說，在真實世界，我們多少醫師在執行 OD 醫令時有合併執行麻醉這件事情，便沒有辦法反應出這個醫令的需求量，所以今天看到給署本的資料，我們就只能推估了這個 10% 的概念，它其實是從我們牙體復形學會提供的報告裡面提出來的，它指的是說在美國的開業醫裡面，以華人醫師執行牙體復形的麻醉比率大概是 10%，實際上我們台灣在現有牙科的狀態下去看，可能執行率搞不好遠低於這個數據也不一定。因為事實上，以我們的實際上操作概念上多半也都是這個樣子。但是是不是有醫師常態合併執行，除了少部分專科外我們並不知道，因為我們還沒有真實數據呈現。所以我剛剛說如果今天真的要增加費用到八千多萬點，也都只是大家推估的狀況。而今天去掉內含麻醉費用之後，多少醫師會開始去申報這件事情，這其實我們不清楚。所以我們只能說明這件事情是我們沒辦法去估預算的事情，這是第一個。第二個我還是強調估預算這件事情在比例上來講，我看到今年度在，署方在估預算成長率的事情來講，我覺得不太理解的事情為什麼是拿去年 110 年度跟今年的 1 到 9 月去做比對？往年我們都是拿前兩年的時間去做比對，為什麼今年是特別拿這區間的數字？尤其大家都知道，110 年度的數字是一個很失真的狀態，這樣的成長率絕對是不合理的。尤其是等等到看到後面，我們後面在調其他指標費用的時候，都用這樣的數據去算的時候，導致我們的預算會不足，其實我們不太能理解這種概念。

主席：

那如果用 111 年的去估的話，可能是低估喔。

吳代表迪：

所以我們提出來的方案是 108、109 兩個年度去看，至少在疫情第一年的時候，實際上發生影響沒有那麼明確的情況，它都還跟 108 年度有程度上的下降。我們的概念是這個樣子，所以我們不太確定

說為什麼署方就是預估執行率會正成長，等等後面要提到 92014C 複雜性拔牙的部分，他就這樣去估，卻看到負成長，那也很奇怪。所以我想是不是回到以前的狀態，如果今天大家都知道 110 年度是一個失真的狀態，是不是能夠去用我們能夠現在現有得到比較正常的數據，108 年、109 年去推估？因為畢竟我們去年沒有調整費用，是由於我們並沒有足夠的預算去調，所以去年其實如果要調，也是用 108、109。那今年度其實大家也都知道 110 年這麼失真，我不建議用這個數字做推估，謝謝。

主席：

好，那現在講的這個問題就是用了 111 年 1 到 9 月跟 110 年的占率，就是這兩年的數據來推估 112 年會不會低估，會不會沒有反應真的狀況。

吳代表迪：

我怕是高估，包括我們給的這個算式也是高估，包括這個麻醉經驗值也是。

主席：

10%，你覺得是高估。

吳代表迪：

可能是高估，我們沒有真實世界的數據，但是以我們的支付的概念來看的話，它有可能是高估，因為算式是以人次計，但是也就是以我剛提的支付邏輯來看的話，今天如果是同一區域補很多顆牙的時候，可能他們也能只申報一次。但以人次去做推估本身也是個可能失真的狀態，那以我們自己的經驗來看，可能不到 10%。

主席：

因為我們現在用的 110 年 1 到 9 月對 110 年 1 到 9 月的成長率去估數量的話，理論上 111 年是少的啊。所以看起來應該數量會低估才對。

吳代表迪：

沒有，成長率是 1.52%。

主席：

對啊，就是 1.52 是會低估嗎？

吳代表迪：

成長率是高估，因為基期 110 年度的數量是下降的。

主席：

可是這不是真實世界的數據嗎？

吳代表迪：

我的意思是說這是申報數據。

主席：

是啊，那你說這樣高估，我都覺得怕低估。

吳代表迪：

我說成長率是高估。

主席：

可以 111 年的 1 到 9 月不是更低嗎？今年是 Omicron 耶，你是看平均點值還是看數量？

顏代表國濱：

點值還有申報數量、服務量等等都是 110 會比 111 低，剛剛報告案二的簡報有呈現。

主席：

我來看一下。110 年的一到三季跟 111 年的一到三季。110 年是第二季低啦，在那個報 2-7，投影片第 12 張。110 年的第二季是超低，那今年是高一點，那你是認為 110 年的基期過低，所以造成的。

吳代表迪：

我們不是談單項這件事情，是像之後成長率的推估，我們要討論用哪個年度。

主席：

所以你想要用的是 109 對 108 是不是？

吳代表迪：

對。

醫務管理組劉林義副組長：

那基期呢？因為我們看一下，110 年是 9.1 百萬人次，111 年是 9.2 百萬人次，九百萬人次也是差不多，而且 110 還可能低估。

吳代表迪：

但這個單項成長率差異不會非常大，那我要談的事是等一下非協商成長因素那些調整點數的部分的，那幾項其實就差異比較大。

醫務管理組劉林義副組長：

可是這項沒有預算。

主席：

對，這一項是沒有預算，這一項應該要用非協商預算的吧，對不對？

醫務管理組陳依婕專門委員：

非協商等一下後面的案子會討論，所以可能要用一般服務預算。

主席：

那這一項一定要改嗎？

陳代表彥廷：

因為這一項我們在 95 年的時候把它內含，事實上沒有去要到經費，所以我們主張這一次出來的時候，我們就是自己吸收，用現有的經費吸收，現在這樣就回到原來的樣子。

主席：

我們牙體復形支付標準已經調幾次了，牙體復形沒有調過嗎？

翁代表德育：

我這裡等一下可以給那個署本參考一下，我們有去找出來了大概從

民國發生幾年一直到現在牙體復形的點數，我們現在闡述的一件事情是在民國 95 年以後，那我們在這個會議上，把原來 OD 再外加麻藥這件事情，全部把 OD 內含是麻藥，點數沒有做任何的更改，也沒有變動。那當初會做那些，當然有它的時空背景，現在呢，我們很多的醫師反應就是不符合實際狀況的一個行為，我們現在只是很單純地要把這個狀況回覆到事實，你有申報麻藥，那你就申報，沒有申報麻藥，那就是回原來點數。我們就恢復到原來民國 95 年的規定，那大家的認知比較貼近真實。以上。

主席：

牙體復形改過幾次？

醫務管理組陳依婕專門委員：

我剛剛初步查了一下，像銀粉充填的那些，那個比較久了，比較早之前 91 年調到現在的這個支付點數，那其他複合填充這些在 105 年曾經調過，那一次調了十點，調到現在的點數。

主席：

好，那現在就是說你們要把它拿出來還是 90 點的意思嗎？就是可以另外申報 90 點。

陳代表彥廷：

對對。

主席：

支付標準的設計如果是為了這樣子，去把一個點數很少的項目獨立出來，是不對的。理論上應該內含在裡面，那如果覺得牙體復形不足，應該是調牙體復形才對，因為你不可能把一個項目再往下拆，因為牙體復形應該很多種，這是第一個問題。第二個問題就是說牙體復形有沒有麻醉這件事情在你們專業是重要還是不重要？

吳代表迪：

重要。

主席：

很重要嗎？重要的重點是在哪裡？

吳代表迪：

專業領域上來講就是病人的配合度是非常重要的的一件事情，當你執行牙體復形時，在清除齲齒的時候，它的窩洞深度不同，產生的刺激是不一樣的，所以今天本來就有難度上的不同的差異，有些人需求是比較或是必須要用麻醉，才能去繼續執行整體的操作。現在我們來談說比較常見的固定在執行牙體復形的麻醉的醫療型態，今天會想把麻醉從 OD 醫令裡拿出來，是兒童牙醫學會提出來的，兒童牙醫他們對小朋友是比較常態性地在做這件事情。這樣容易減少小朋友的不舒服，來增加他的配合度。但是醫療團隊這麼辛苦去安撫小朋友，打了這個麻藥，卻沒有任何的費用，這樣是不合理的，我們本來把這個內容修成這個樣子，內含麻醉費這個事情，是因為那是當時的時空背景。但是我們要回到現實，其實有需要我們才會做，沒有需要我們是不會做的。那對於成人來講就當然不是必要的，有些時候可能窩洞都很淺，就算我們一次操作這麼多牙，也不見得會需要打一次麻醉。那我剛才也強調事情說，我們是計次，而且是區域去做計算，它在一個範圍裡面的處理，它只會算一次，你不管你補幾個，它都只算一次。所以今天我們單純講說把它包進去，一個充填醫令可能就內含一次嗎？它不是這樣的概念。事實上本來就不是這樣的狀況，所以在當時內含麻醉的設計上，其實是有點問題的。這不像說我們今天講說做拔牙處置，每顆牙齒去做處理，它有它的需求在，這個內含，手術這些處置內含都很合理，牙體復形的需求本來就不是每一個人都會需要的，那今天完全被綁定包進去的點數，醫令點數在當時又沒有因為這樣而成長。就是這樣的概念。

主席：

那你那個拿出來還是 90 點是夠的嗎？

吳代表迪：

我們現在就是 90 點，現在所有的其他不含麻醉的醫令，要申報額

外的麻醉就是 90 點。

主席：

然後再來的話有沒有去規定說要幾次，也沒有規定嘛，就是隨便他們用幾次，就是申報幾次。

吳代表迪：

對，就是他照區域去做申報，那這個區域跟對應的位置對應出來就可以申報。

主席：

那數字的話，大家覺得不太恰當，你們認為是高估是吧？

吳代表迪：

我們也只能用 paper，數據可能是這個樣子。可是我們沒有真實的一些數據可以呈現。

主席：

那現在需要 109 年對 108 年的數字才能夠往下談嗎？

吳代表迪：

倒不需要這樣去談，我的意思是我們只能講說今天增加的費用，大概八千萬的這件事情本身是高的，不管是怎麼去算，不管是用哪一個年度去算它都是高估的。

主席：

還是覺得高估。

吳代表迪：

它都有點是高估的。

主席：

那高估多少不知道？

吳代表迪：

不知道，因為沒有真實這些數據，沒辦法調查這件事情。

主席：

好吧，醫管組這邊現在也沒有數據吧？現那這個部分那第一項就如果你們這麼堅持，那要把它拿出來就拿出來吧，但是這個沒有額外預算，再來第二項。

醫務管理組陳依婕專門委員：

第二項是齒間暫時固定術，那現在的支付規範是需附術後的 X 光舉證，那牙全會希望增加照片舉證，是考量到固定材的材料可能不會顯示在 X 光片上，所以希望增加照片舉證，那這個項目本署尊重牙全會的意見。

主席：

好，再來往下。

醫務管理組陳依婕專門委員：

第三個是有關口外切開排膿這個項目，牙全會建議原本是開放基層院所以上都可以申報，現在修改為限醫院層級才可以申報，本署有統計 108 年到 110 年，醫院還有基層院所申報的情況，在右邊的表格，可以看到基層院所在 108 年到 110 年裡面還是有 71 到 120 件的申報量。因為還是有基層院所在申報，所以請牙全會說明改為限醫院申報的原因。

主席：

好，請。

吳代表迪：

我說得不清楚的地方，等一下請醫院牙科協會幫我補充說明一下。主要的考量是因為口外切開排膿主要是蜂窩性組織炎這樣的嚴重性感染，它後續的追蹤跟感染控制最好還是夠在醫院內，比較安全，主要是為了去考量這個患者後續的照顧的部分。那這個部分是不是可以請邱主任補充？

主席：

是邱醫師嗎？好，請邱醫師。

邱代表昶達：

92003 是口內切開排膿，92004 是口外切開排膿。一般會到口外切開排膿的病人大部分都是比較嚴重了，有時候甚至是比較容易擴散到頸部的，所以這個部分你如果要從口外切開排膿，第一個比較容易流血不止，因為頸部的血管比較多。第二個就是它有一些病人，這些病人他比較嚴重，他可能需要一些生命儀器的監控。第三個最重要是這些病人可能要提供氧氣，或者是因為他真的太痛或太激動，甚至有昏厥的現象的話可以送急診。所以這個部分是基於病人的安全理由為主。那第二個就是案件數其實全臺灣一年的案件數也不是很多，還是建議病人安全考量為主要的目標。

主席：

口外是哪裡？口腔外面是指哪裡的排膿。

邱代表昶達：

就是頭頸部的，包括頸部，對。一般白齒的感染或智齒的感染都很容易到上頸部，就喉嚨附近。

主席：

這樣。那基層也有在做的話，表示他們也有在切。

邱代表昶達：

我個人是沒有數據，但我猜測應該都是一些專科醫師，口外的專科醫師去做。

主席：

那所以現在把調為限醫院，是可行的嗎？

邱代表昶達：

但是他們應該可以去做一個，跟當區的業務組做一個跨表的申報，如果他們是合需求的。

主席：

跨表申報，那還不是可以做？只是要多一個程序而已。

吳代表迪：

如果申請跨表，當然可以執行，可是適不適合照顧這個病人後續的

狀況，要經過審查確認能夠去處理後續這些問題。

主席：

現在跨表是要透過全聯會去審查？就是看看他有沒有能力去執行這個東西。

吳代表迪：

對。

主席：

好，那這樣子在後面還是有一個保險，那這樣沒有問題，大家沒有意見就通過。再來下一個。

醫務管理組陳依婕專門委員：

第四個是有關複雜性拔牙，針對適應症第二點的部分要增加懷孕婦女可以申報本項，牙全會的說明是考量懷孕婦女當下的身分狀況，認定符合複雜性拔牙的狀態。

本署的意見是我們有去看了牙醫門診總額的臨床治療指引，裡面有提到複雜性拔牙的適應症是要先符合簡單性拔牙適應症，而且有牙根移動或者是下齒槽神經等情況，那合併我們現行制度規範第二點的病人才可以申報。所以我們用現在已經有申報單純性拔牙的懷孕婦女來推估相關的費用，預估增加 1.17 百萬點，那這個項目也是沒有預算來源的，所以請牙全會說明預算來源，以上。

主席：

好，有沒有回應？

吳代表迪：

我想我們的概念還是這樣子，因為你現在執行懷孕婦女拔牙，在監控生命跡象這部分，整體操作上來講都比一般病人更需要注意的，就是即使不論拔牙本身難度怎麼樣，懷孕婦女的條件可能就是相對比較複雜，需要監控的細節還是比較多的。所以因為我們概念上來看，就是醫師認為說針對懷孕婦女拔牙增加的心理負擔是比較多的。

主席：

所以不是病情，是心理負擔。

吳代表迪：

沒有沒有，我說包括病情，主要是病情，要去照顧，我們付出的部分，但是後續的部分造成我們執行業務心理壓力會增加是另外一個問題。尤其是我們看到這幾年恢復新生兒的出生率越來越低的情況下，其實去照顧懷孕婦女都越來越謹慎，那是一直以來要考量的點。所以我還是認為說這個部分擴充適應症，也是希望說這個費用的部分我們自行吸收即可。

主席：

好，那大家有沒有意見？都是基於病人安全的，我們也都是要支持。好，接下來。

醫務管理組陳依婕專門委員：

那接下來請各位看到討 2-8 頁，2-8 頁的這個部分，就是運用今年的非協商因素 MCPI 這個 3.1 億的預算調整支付點數，這邊目前有列了幾個項目，主要第一個是去除鑄造牙冠這個項目要調升三百點，從五百點變成八百點。另外口外切開排膿要從現行兩千點調升到三千點、牙醫急症處置由現行的一千點調至到一千五百點，下面其餘的是屬於我們現在符合感控的診察費，每個項目要調升七點。那牙全會這邊的評估結果是這些項目全部總共會增加 3.09 億，所以剛好在預算範圍之內。

請大家往後翻，翻到討 2-10 頁的本署說明，就如同剛剛牙全會前面有提到的，因為這邊牙全會的成長率是用 108 年跟 109 年的醫令申報量來看，因為 109 年看起來是負成長的，所以這邊沒有用成長率預估，所以牙全會估出來的點數是在我們這一張表上面備註的第一點，有說總共的金額是 3.09 億點，那其中有關牙特，就是專款這邊會支應到的部分是 81 萬點；本署的估算因為是用今年 1 到 9 月的申報量來做推估，所以有納入成長率。那這樣推估起來的點數會是 3.106 億點，這樣子以健保署推估的數字，會超過預算一些。

這邊我們有試著在預算範圍內來模擬一下那個點數可以調升多少，前面一到三項原先的調幅大概都介於 50 到 60%，那我們就下修到 20%。然後另外有一個項目就是 SOP 的診察費裡面，超過 20 人次的那個部分，原先加 7 點的話調幅是 4.5%，那我們這邊就考量到配合今年牙醫總額的成長率大概是 2.588%，所以我們調升 2.6%，這樣大概是加 4 點，那這樣子就可以控制在今年這個 3.1 億的預算額度內。

主席：

好，大家有沒有意見？你又說是年度的問題。

吳代表迪：

我們想說我們就回到我們討 2-10 表來一項一項看，假設 90007 用署方推算是 458,943 件，可是我們 108 年才 432,750 件，能不能期待明年能夠恢復到疫情前的狀態都是一個問題，還要可以多增加兩三萬件，執行數量是不是有點高估了。

主席：

你剛剛舉例的那個第一項，你們估計的 112 年也是 45 萬件。

吳代表迪：

說錯了，對不起。

主席：

你剛剛在講說這個嗎？那你就說我們估太多，你自己也估這樣子啊。

吳代表迪：

不好意思，我們估計 112 年醫令數是同 109 年的 42 萬件。

主席：

那本署的估計有兩欄？

吳代表迪：

對。

主席：

那這兩個差別是什麼東西？

吳代表迪：

就是一般的不夠用，這樣算起來，就是模擬計算過程。

主席：

它只是單價去修訂嘛，可是數量應該沒動。

吳代表迪：

對，數量沒動。

主席：

可是數量也有，數量沒動。這個要用非協商嗎對不對？

吳代表迪：

對。

主席：

好，那現在就是應該討論一下調幅有的調那麼高是不是恰當，或者是你們要舉例來講說，為什麼這幾項要調升的比例那麼高？至於說數量的估計，大家覺得取的年度不太一致是一個問題，但是單價我們先看看，事實上我覺得你們對於單一支付項目調整幅度過高，過去也一直都有這種例子，那這個當然這個調幅，我不知道你們的道理是什麼，你們有成本分析嗎？

吳代表迪：

有。

主席：

成本分析在後面是不是？是一定要調那麼高才符合成本嗎？

吳代表迪：

是，因為我們幾十年沒調了。我們從 90007 跟 92004 這兩項都是很多年沒調了，那這個項目，我們 90007 在破冠針的部分的成本都不知道成長到幾倍了，所以這個是我們現在估起來的成本分析費用。

那事實上是在我們 106 年的時候，就已經設計要把這個 90007 跟 90008 兩項，這個去除鑄造牙冠跟去除牙釘的部分都要去調，但是當時沒有預算調 90007，所以一直拖到現在。再加上我們去年沒有非協商因素可以調，所以一直等到現在才有機會調。那這個五百點已經非常非常久了。

主席：

這個支付標準科有看過這個成本分析嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員：

有，那個都是我們本署已經校正過的。

主席：

已經校正過的點數，這個反黑的都校正過的了。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們收到的成本分析表的點數是高於這次牙全會建議的點數，就是實際上背後的成本更高。

主席：

是不是因為這裡頭的很多的設備的取得成本也已經不如以往了。

吳代表迪：

對，是。

主席：

因為時間，耗用的時間我們就不好講，因為那個也是你們才知道的，看起來是不是因為設備比較貴，你們現在要用現在的購置成本嗎？

吳代表迪：

對，沒錯。

主席：

所以是不是這裡誤差會比較大？

吳代表迪：

你的意思是說調升比例的問題？

主席：

是啊。

吳代表廸：

對啊，那當然啊，那就只調那一點點就是跟沒調一樣，沒辦法去支應這個成本。光是單項在不計價的成本就不止了。

主席：

好，那大家有沒有意見？不過你那個診察費，你那個診察費那個 20 人次的這個為什麼調幅特別高？超過 20 人次，不應該調幅高吧？

醫務管理組陳依婕專門委員：

因為它的單價，原本基數比較低，然後它是所有項目都調 7 點，所以換算出來的調幅就會比較高。

主席：

每一個項目都調 7 點，所以它的基值是 155，比較低所以看起來調幅比較高。但實際上絕對數是都調 7 點，那也還好，大家有沒有意見？現在牙全會的意思說我們估計都是高估，所以理論上這些項目都可以在非協商因素的 3.106 億內去支應是嘛？

吳代表廸：

以署方估算 112 年的醫令量，成長率都高估了，很多項目能回到 108 年的執行量就不錯了，用我們估的那個金額，我們這樣加起來好像 3.09 億，非協商因素預算足夠支應。

主席：

所以超過非協商因素的部分，就是由一般服務項目的預算去支應了，會犧牲一些點值。

黃代表克忠：

不會啦，差不多啦。

主席：

好。那既然都有成本分析了，那大家也都支持，那我們就沒有意見。再來下一案。

醫務管理組陳依婕專門委員：

下一案是討 2-11 頁，第三個部分是有關特定牙周保存治療，要新增一個診療項目，總齒數一至三顆，然後並且在第二點也有增加一至三顆相關的支付規範。本項有在健保會爭取到 112 年的總額預算，推估的財務是 5300 萬，這個跟總額預算估的時候是一樣的數據。

主席：

好，這個大家有沒有意見？這應該已經是新增項目了吧，這個是我們有新的預算，這一次有 5300 萬。好吧，那就這樣子。這個已經有協商通過的。然後再來下一案。

醫務管理組陳依婕專門委員：

下一個是超音波根管沖洗計畫，這個是在專款的項目，這個項目其實是參考之前高齲齒率患者塗氟的意見，雖然它是專款項目，但因為只有一項診察項目，所以建議把它列入支付標準裡面，不用再另立新計畫。建議新增的支付標準是超音波根管沖洗，那基層院所以以上都可以適用，每次支付 100 點。那建議要同步新增審查注意事項，是執行超音波根管沖洗是依牙位來申報，同一療程可以按實際執行次數申報，病歷應該要詳實記載，然後並在每次執行時申報。本署的意見是考量到這次新增的超音波根管沖洗，要不要考慮把它新增一個診療項目來取代原有的那個診療項目？我們等下再來看後面的內容。財務影響的部分是依照我們在總額協商時候的估算，預算最多會是 1.448 億元。

請各位再翻到討 2-13 頁，這邊是我們健保署初步建議支付標準修訂以後的樣子，是除現有的恆牙或者是乳牙根管治療以外，再新增是超音波根管沖洗的恆牙或者是乳牙根管治療，它的點數增加 100 點。

主席：

好，這個大家有沒有意見？

吳代表迪：

主要是我們這個次的概念可能說明的不是很清楚，在健保會上我們有提出過，就是根管治療是一個療程的計畫，所以它所謂的次是他來治療過幾次，那最終完成治療的時候，他會申報一次根管治療費用，所以那他充填完成的時候才申報這個費用，如果以署方提出這個概念就是他今天不管療程執行了幾次，他病人看了幾次，他都只給付一次。我想我們設定的概念是患者來幾次，他就要申報幾次的費用，但是最終他完成治療的時候，還是單純申報原有的根管治療的就是，所以署方增加的這些支付項目是把它兩個問題雜在一起，所以我們不同意 2-13、14 增加這些支付的項目，沒有其必要性。

主席：

你可不可以再說明一下你剛剛講的概念？

吳代表迪：

第一個事情是署方可能一直認為說我們在沖洗這件事情，我們在健保會有說明過，超音波根管沖洗是額外的沖洗，而不是本來包含在我們原有的根管治療的沖洗裡面這件事情，所以它是一個獨立的項目。這個獨立項目操作的時機是依需求，它病人在療程裡面用過幾次超音波的器械去做沖洗，他就申報幾次的概念。所以假設患者來四次，他四次都使用超音波的器械，他要申報四次，所以也就是 PXXXXC 要乘以 4，如果以署方的概念它就只有乘以 1。因為它只有在後面每一項單項只增加了一項費用，只增加了 100 點的費用。

主席：

你的意思是說如果這個人只有單顆根管治療。

吳代表迪：

他也可能治療四次，那就要增加四次超音波根管治療的費用。

主席：

所以他如果只是單根的話，他來四次就用四次都用超音波，那就報四次。

吳代表迪：

對，也就是 1210 再加 400 點，而不是這邊只有 1310 點這樣的概念。

主席：

那所以，那如果是這樣的話，是不是變成只增加一個醫令，不要管幾顆牙。

吳代表迪：

對，本來我們提出來的就是這個意思，只有一個單一的醫令，它的概念跟 90012C 這樣的執行是一模一樣的。

主席：

所以有一個，增加一個 P 碼，然後就是一個叫做根管治療超音波沖洗，這樣一百點，然後他來幾次就申報幾次。

吳代表迪：

對。有做才申報幾次，有執行才申報幾次。

主席：

可是我們怎麼知道他有沒有執行超音波根管沖洗？要審查吧，但是有沒有用超音波去做根管沖洗，是他自己說幾次就幾次嗎？你的意思是它純粹只有一顆牙來做根管治療，他來了四次，他也可以申報四次，那基本上就是說這個診所如果具備有超音波根管沖洗的設備，他就會用嘛，他如果沒有這個設備，他就不用。那他如果有這個設備，不管他根管治療做幾次，他就論量一直用，每一次來都用的意思啦。可是我們原來的根管治療是用一根、兩根、三根、四根去計算。

黃代表克忠：

它同一顆根管就只申報，那個超音波沖洗一次，它有可能是一顆牙裡面三四個根管也是 100 點，它就有沒有做這個動作，對這顆牙有

沒有做這個動作。那所以那時候我們估的時候是說大概有 40%的醫生他可能會有這些器械，然後因為有的簡單的其實一次就完成了，那所以有的是比較複雜，可能就三四次，所以平均大概一顆牙我們是估兩次，在去估算費用。現在只要新增加一個醫令，它並不是跟你的 RCA，跟那個根管節數綁在一起的。

黃代表兆杰：

能不能請教一下，那當天是否只會申報一次？

黃代表克忠：

一次啊。

主席：

那他如果要看多顆牙說要沖洗也是一次？

吳代表迪：

一顆一顆算的。

黃代表兆杰：

一顆一顆算，所以就沒有辦法去規定說當日只能夠申報幾次。

主席：

那就會變成說例如說有人申報 12110，就是單顆的根管治療，那他再附加五次的 100 塊，也有人申報一個 12110 附加一次的根管治療，超音波根管治療附加一個 100 塊，那然後呢？就隨便他報，也沒有限制或檢核機制就對了。

吳代表迪：

這個一定都是有，因為對醫師來講一定是這個樣子，一個單一根管，他要看到五次以上，其實就算每次加上 100 點也是不符合他的成本效益。因為我們是同一療程，他也不能另外再申報診察費，病人來看就有這些基本的一些成本支出。

醫務管理組劉林義副組長：

然後因為這一項是編在專款，所以我把它除以四季，然後每季去結，他只要超過那一季的金額，那他就浮動，他只要有剩的話，就

得移到下一季，反正就是一直類推下去這樣子，那我把它寫清楚。

醫務管理組陳依婕專門委員：

另外因為這個項目跟原先的根管沖洗是不同的，所以如果真的另立一個項目的話，我們建議它名稱稱為「超音波根管沖洗加計」，來代表它是加上去的，不然會有人問說那我們原先的恆牙根管治療就已經包含根管沖洗了，為什麼還可以再另外報？那我們就把這個名稱訂好為加計。

陳代表彥廷：

所以它定的叫做超音波根管沖洗。

醫務管理組陳依婕專門委員：

加計。

陳代表彥廷：

不是根管沖洗。

醫務管理組陳依婕專門委員：

超音波根管沖洗加計。

主席：

就連加計都不用寫。

陳代表彥廷：

加計不用寫，因為它是超音波的根管沖洗。

醫務管理組陳依婕專門委員：

可是這樣你們會遇到一個問題就是有人會問，會質疑說那恆牙根管治療裡面的根管沖洗要扣掉，所以我們不如在支付標準把它寫清楚，讓以後不會有人質疑。

主席：

那個根管沖洗是沖越多越好嗎？還是要沖乾淨，次數不代表結果，有人一次就可以沖乾淨，有人要五次才可以沖乾淨是嗎？

陳代表彥廷：

不是，它是在每一次你沖洗的時候，你用那個超音波在做的時候，它的清潔效力比較高，所以像我們每一次的療程的時候，你可能會放一些軟化劑，然後會拉出一些屑屑，那當你用了根管超音波的這個沖洗的時候，可以把它清出來比較完整，所以它是跟著你的療程每一次做一次，跟我們平常的沖洗不一樣。

主席：

請連醫師說明。

連新傑醫師：

我補充一下，因為做根管治療其實是很辛苦，誰不想根管治療趕快完成，一定是想趕快完成。可是我們常常遇到的根管，有時候為什麼會做這麼多次，署方可能只看到說我們做這麼多次，我們是很無奈，有時候光裡面有膿瘍或有囊腫，那你每次來不夠乾淨，那裡面又再冒出來冒出來，所以我們可能要慢慢放藥，用超音波把它清乾淨，清到它整個症狀消下來，我們才能做根管完成充填的這個動作。所以它是有病況的需要，我們才會進行這些的處置，所以不是說我們想做幾次就做幾次，其實我們哪一個醫師不想趕快完成趕快結案，下一個病人趕快處理完成，因為病人都塞太久了，所以針對這個部分，我稍微補充說明。所以我們論次其實是因為他的病況的需要，謝謝。

主席：

那所以呢？所以如果不是這樣子的寫法，那就是只要一項就好，然後叫做超音波沖洗，根管沖洗，100點，然後按照真正有沖洗的次數去申報，就有可能未來檔案分析會發現說，有人單根做五次沖洗，有人四根做兩次沖洗，那這個也都正常。

吳代表廸：

這都是可能在病情中會發生的。

主席：

那你們當時估計的是平均不管幾根平均沖洗兩次，你們當時的估算

基礎是沖洗兩次，但是正常如果簡單的話，應該沖洗也要兩次。

陳代表彥廷：

有些單根、雙根可能一次就完成了，三根可能就不止了。

主席：

一次就完成了。其實你這個是一顆牙的三個根嘛，同樣是一顆牙，都是在一顆牙裡頭有幾根根管，那所以這還是一顆牙的，只是它有幾個根管數，那其實如果正常的牙齒，理論上它都有幾個根管。

陳代表彥廷：

前牙大部分都是一個或兩個。

主席：

一個或兩個，那後牙？

陳代表彥廷：

後牙大概三到四個、五個。

主席：

所以是後牙的根管治療其實就有可能四根、五根，不管它幾根，沖洗就算一次，跟根沒有關係，都算它那一次要不要用超音波去沖洗有關，它幾根還是一顆牙。好吧，那照這樣的話，那我們支付標準科就是增加一個碼，那這個碼的名字就叫做超音波根管沖洗，加計也不用了，那就是 100 點。那到時候檔案再看看實際的真實世界數據是怎麼樣。那乳牙也是一樣，乳牙不用新增的，然後乳牙多根的也都不用新增，然後備註的第一項的根管沖洗也都刪掉，就是備註的一，本項費用有包括根管沖洗，這段文字還留不留著？

黃代表克忠：

要留著，那都沒變啊。

主席：

都沒變嘛，因為也有傳統的根管沖洗，那只是超音波的根管沖洗是 100 點。好，那乳牙多根跟乳牙根管也不用那個 P 碼了，全部不管乳牙或恆牙都共用一個 P 碼就可以了，那就這樣。接下來。

醫務管理組陳依婕專門委員：

第五個部分請看到討 2-15 頁，有關齲齒經驗高風險患者氟化物治療，那這個項目也是塗氟，牙全會建議新增這個項目支付點數是五百點，一樣是基層院所以上都可以申報，並訂有相關的支付規範。第一點是講到符合適應症的病人才可以來申報本項，那訂有七項適應症。那第二個是每九十天限申報一次，第三個是含材料費，第四個是申報本項後，九十天內不得再申報其他的塗氟項目。

本署說明的第 1 點，大家看到就是我們有看了一下適應症裡面的第七項的文字，跟當時在協商的時候文字不一樣。原先的文字是不符合現行牙特計畫裡面的肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者，那現行牙全會是改成只要障別或障礙等級不符合牙特計畫的患者都可以來適用這一項塗氟。另外財務預估的部分，原先的項目如果適應症不調整的話，那財務預估會等同我們在 112 年協商的時候所試算的費用是 10.1 億。但是(2)，因為上面第七項有稍微酌調了一下牙特計畫這一塊的適應症範圍，所以試算了一下，如果這一塊調整為牙全會建議的方案的話，會是大概約增加 2,900 多萬。那第 3 點是講到九十天內不得併報的項目，除原先牙全會建議的項目以外，我們建議再增加一個 P7102C，青少年的塗氟治療。那第 4 點這個是總額協商的文字，供大家做參考。

主席：

好，這個大家你們有沒有什麼意見？醫管組有發現你們增加了第七項，文字上多了括弧七。

醫務管理組陳依婕專門委員：

七是原本就有，但是文字的描述有調整。

主席：

文字的描述，跟健保會通過的不太一致。然後因此會有增加費用跟原估計的不同。那你們為什麼要去改這個東西？

吳代表迪：

那從兩個點去看，一個點就是以我們原來的文字，從三月公告到現在，有太多的會員搞不清楚什麼樣的障別、什麼樣的狀況的患者能夠被服務到，這是第一個問題。所以這個我們重新定義是說障別及障度等級不符合的這個計畫範疇，重新再調整過文字說明的樣子。那有擴充的部分就是說，因為的確我們當時在設定 91090 的時候，它這個肢體障礙、慢性精神病患者跟重要器官失去功能者這一類是屬於高風險患者，就自我照顧而言是不容易的情況，後來發現其實像視障、聽障，在我們跟他溝通衛教時其實也會有這個問題，所以他們也是屬於在類似的狀況，跟我們的溝通需要額外輔助的情況下，我們認為說其實這些患者也是比較需要服務到的部分，所以才會把它調整成這個樣子。在此和主席說明，謝謝。

主席：

所以那個會增加 9200 萬，請那個簡醫師。

簡代表志成：

主席好，這個部分先大概說明一下，待會跟 91090 的調整一起來併講，因為我們當初是想說這些都是屬於高風險需要特別地照顧，但是就在持有身心障礙手冊的個案來講，基本上他都有不同的程度的需求，那只是我們現在來講，分有比較急迫地、比較重症的在 16，那剩下的都在 19 照護，但它照護的頻率跟它照護的情況是不是能夠去保障他的口腔健康？那之前在 91090 我們已經把三項納進去了，肢體障礙、慢性精障還有重器障，但是還有很多這些不同的團體、不同的需求者，它還是有不同，像聽障，他來根本沒辦法去跟你聽到我們這些情況的溝通，在照顧、在使用上本來就有一些困難，甚至有一些顏面損失的患者，就像在 102 頁署方這邊已經做了一個整理的表，我們會增加的就大概這一類的患者，但是他們都有不同等級程度需要被照顧的情況，所以我們是希望說把這些也就納進來，因為它沒有在 16，不在我們特殊專案裡面。那我們希望在這個 91090 跟塗氟的方面能夠去加強對這些群體的照顧，減少他們之後對其他治療的需求的情況，所以才會這樣加進來。那這個部分

當然也讓更多的院所、更多的醫生能夠去接觸到這類的患者願意去做對他們全部的治療，以上。

主席：

因為特殊醫療服務大概都不是輕度、中度，就是中重度才會跑到那個特殊服務計畫裡面，那現在是把輕度到中度沒有進來的也全部都含進來。

簡代表志成：

就是在利用 91090 跟塗氟，去覆蓋他們一般沒有進到 16 裡面，沒有辦法去受到照顧的族群。

主席：

那這些人也都有，都把它當成高風險？

簡代表志成：

因為這些他都有不同程度的情況，你說聽障好了，他的溝通聽都有問題，你說叫去看牙或者是執行口腔健康或者執行的東西，他本身就有程度的一些困難，所以像顏面損傷，你說像平衡機能的障礙，這些等等都有它不同的程度的情況，那我們怎麼去界定它的需求，在 102 頁有這些的統計表出來。那這個我們才會想說是不是能夠在這個部分去做一個涵概跟照顧。

主席：

好，因為你們常常列了很多，到時候真正的病人也都沒有來啦，包括前面孕產婦的一樣什麼都有寫，問題是那些人也不一定會出現。那這當然也是一個問題，因為你把高風險一直擴大，其實你如果真的要列舉，你也是列舉不完啦，你說高風險患者包含這些，這是你自己去定義的高風險，還有很多其他的群體呢，那你也是沒有講完。意思是敘述不完的，你如果真的要讓他概括，問題是你敘述進去的這些人也不見得每一個都高風險。例如說 65 歲以上的患者，那就一定高風險嗎？不見得啊，真的不是你們講的這樣，但是你們都很會列舉。那另一個問題就是說不符合健保會通過的文字，你現

在去改它，就是有做微幅的修正，那多出來的就是輕度跟中度的視障、聽障、平衡技能什麼語障、顏面損傷，就是多出來這些是當時並沒有通過，可是當時協商通過的文字應該也是你們提的。

簡代表志成：

當時通過是因為直接拿 91090 來提的。

主席：

那也是你們提的啊。

簡代表志成：

對，現在是發現到有這些情況，還有這些沒有照顧到的，所以才會在這邊補充。

主席：

可是我記得，我有印象就是說你們當時很急迫的情況之下提的，因為那時候就是協商的過程當中，突然之間你們要改提案，所以也很緊急的情況下提，可是你們有講一個原則，就是高風險的定義都一樣，就是直接把你們自己定義的高風險的定義就直接拿出來，本來我們是認為說很難在那麼短的時間有做出一個完善定義，所以有困難。那你們當初就很有效率地提出來說這些列舉都是已經有的數據，所以不管是文字跟數據，都是用原來你們高風險的定義。現在這一項你們特別又把它擴大了。

簡代表志成：

所以就是 91090 跟塗氟都是一起調整的。

主席：

就是不止這一項。

簡代表志成：

不是針對這一項，我們是針對所有的身障。

主席：

所有的高風險都放大。

簡代表志成：

就是這個身障的部分，當患者或者他有這個需求來的時候，他有這個障別，他有身障手冊，但你又去區分說因為你哪些障別可以，那些不行，這又造成病人就醫的困難。

主席：

因為高風險是你們自己在主張的，那因為我們尊重你們是牙醫師，也許牙醫師認為的高風險跟一般的其他科醫師的高風險是不一樣的，我們沒有跟你去計較這些。但是我初步認為你們列的這些高風險不見得是高風險，因為每一個項目都有嚴重程度的差別，那也不是年齡一到就變高風險，有些人也很健康。但是因為你們說都一樣所以就算了，那我現在請問一下健保會的代表，燕鈴組長，那這個時候去修改跟那個當時協商，這有列入協議了嗎？

健保會陳燕鈴組長：

這是協定事項的文字，而且是共識了，健保會已經報衛福部核定了，那如果修改的話就違反協定事項。

主席：

如果在這裡改適當嗎？如果這時候去修改適當嗎？

健保會陳燕鈴組長：

我是建議不要修，因為明顯跟白紙黑字寫得不一樣，而且是放寬適用對象，意思就是說付費者當時在同意這筆錢的時候，沒有同意給這些輕症或中症的人來可以使用這項服務，現在錢給了之後，反而去擴大服務對象，那這個部分未來在牙醫總額協商或者是說在評核的時候，我覺得都是一個需要交代的問題。

主席：

協商之後如果去放大，當然協議不通，但是是放大不是縮小，放大理論上是好的，但是重點是說每次你們估都是高估，實際上根本不會有那麼多人，至少這五年來都是一直在高估，就是因為這樣，所以我相信理論上你把它放大是為了擴大執行，不要因為你自己放大

到時候錢不夠再去跟健保會爭取，這樣健保會大概是不能接受的，但是我覺得好像機率也會不高，因為你們每一次通通都是高估，然後最後是低執行。

簡代表志成：

跟主席報告，這一點會單獨拿出來是因為在 91090 執行這段過程中間，不但受到民眾的一些問題，為什麼通常它是有這些需要照顧的族群，可是他們卻因為種種身分又有不同，這等持有身障手冊又要在分三級 16、91090 跟一般。

主席：

要問你們自己啊。

簡代表志成：

對，所以我們才說希望去把它做一個整合這樣的一個情況。

主席：

這個也是你們提的嘛。

簡代表志成：

對，那當初提出來是因為有它的設計局限，因為擔心量或擔心其他狀況等，現在我是希望說能夠針對這些特殊需求者、身心障礙者做一個比較完整的照護，這樣的照護要完善起來的話，應該首先要去做的是顧這些人。所以說我們希望能夠讓患者，因為 16 已經限定說比較特殊的情況，他們沒辦法納入，但是這些比較輕症可以用 91090 或塗氟的去照顧他們，當然希望能夠把他們照顧得更好，是不是可以把我們的身心障礙特殊需求的這一塊照顧得更完善，而不要永遠都在講的時候，都有缺一塊。

主席：

好啦，我覺得基本上的道理是說，在錢不變的情況下你去擴大適應症，那感覺好像是更優惠，那就算是跟健保會的文字不符，也是善意，看起來是，應該也不應該被指責的啦，就是因為你善意，但是也千萬不要因為你的善意，最後又回頭去跟健保會要經費。我覺得

機率不高，因為你們都是曲高和寡，你們真的得檢討，真的很不務實，就是這幾年來確實都是這樣曲高和寡，然後講得很大的願景，大家都覺得很好的，但是真正看最後的結果都不如預期。

醫務管理組劉林義副組長：

那還是請牙全會去健保會補完程序。

健保會陳燕鈴組長：

都已經報部核定了。

主席：

沒關係啊，報部核定就核定，再核備就可以了，就當報告案就好了。

健保會陳燕鈴組長：

報部核定以後就會進行公告，需依照部核定公告。

主席：

對啊，就算現在已經公告了，他們願意放寬，應該也不是什麼壞事啊。

健保會陳燕鈴組長：

若要修改，需在部核定前就要去修，不可以與公告不符。

主席：

那還是走程序。

健保會陳燕鈴組長：

那如果說要改的話，可能需要重新協商處理，因為這個已經是健保會協商出來的結果。

主席：

我覺得這沒有什麼協商，這個是放寬。

健保會陳燕鈴組長：

沒有啊，協商當時在討論這個適用對象的時候，其實大家是花了很多力氣的，本來是沒有要通過，是牙全會臨時修改，所以這個適應

症，付費者代表很有印象，大家討論了很久以後，這個文字才訂下來。那你現在要去改變它，那當然就要再回去跟付費者說清楚，要改變適用對象，程序是這樣啦，沒有辦法，因為那個都是委員決定的事情。

主席：

是啦，因為我理解那個過程，對，我也知道，但是你就事論事的話，理論上是沒有增加錢，然後增加服務對象的概念，放大服務對象的概念，理論上也沒有什麼再協商。協商是為了錢才協商，那錢不變，只是擴大範圍，應該是一個程序報告就好了。

健保會陳燕鈴組長：

要有一個程序去修這個文字。

主席：

就算是現在都已經公告，然後他們要放寬也應該就是到健保會報告，看起來也不會有什麼委員會去反對啦，因為付費者是站在病人的角度才對啊，那你願意在原來的經費去擴大服務的對象，又不會再用這個理由來跟我增加預算，好像沒有不通過的道理，就知會一下，然後就去補充程序。

健保會陳燕鈴組長：

報告一下，總額協商原則是這樣，如果還在我們的協商程序過程中間，那要改變須經雙方同意可以重啟協商，但是如果已經報部核定的話，又要再改變，那麼健保會只能提案通過並以建議案處理，到時候，因為是已經部核定的公告了，建議案到時候也是報部建議看要不要修，這是協商程序的一個明文規定，健保會的平台主要負責協商，可是到了報部核以後，就是一個比健保會更高位階的決定，那我們沒有辦法去改變那個決定。但是我們可以提建議案，到時候就要提案來會裡討論，若通過再向主管機關提出建議案，因為這是經過主管機關核定的。

主席：

我們今天的付費者代表是董代表，你聽一聽你覺得怎麼樣？這是加量不加價的概念。

董代表正宗：

其實我大概知道大家都很辛苦，尤其這一次的總額協商，各位理事長也辛苦了，帶了團隊協商到晚上十一點多。那坦白講，我們在內部會議的時候，有兩派的意見，一個是說要說你改變了三個主要的項目，然後有很多人疑慮說如果你這樣的話，要怎麼去算。那我是登高一呼講說不要再講了，就直接這樣過。但是剛剛有法規程序的問題，我們就走該有的程序去解決，你說我一個人跟你說可以，那我怎麼回去面對其他付費者代表？那你們有兩個項目更動，第一項是主席就喊說有沒有意見？我喊得很大聲說「沒有意見」，因為那天大家火氣都起來，因為我這樣說那項才這樣子通過，你們應該知道是我這樣處理。我是覺得今天會議程序如果走到現在才到第2案，後面還有8案，那我們今天也需要到晚上十一點，我是覺得說是不是如果照法規程序的話就照程序走，不要堅持這些，程序能補的就補，我覺得這樣會比較好處理，不然要改協商結論我怎麼敢答應，謝謝。

主席：

好，我是覺得加量不加價理論上是一個很好的結果，沒有理由要反對，但是如果要走程序讓它完整也是合理，那付費者代表董代表這邊也是認為說加量不加價是付費者是賺到，但是事實上他們高估了經費需求，那所以如果那個不考慮的話，基本概念是這樣的話，那應該就是說不管那個健保會報部核定的進度如何，總之今天會議如果有這樣通過的話，那是不是同時間牙全會也報一個公文給健保會說改了那個範圍，那個協商的結論做個對照，然後看健保會它的程序走到哪裡要怎麼補救，它如果已經核定下來，那就備查了。那如果說還沒有核定下來，一路就給它更改到完整，那我們也不反對。那就看時間什麼時候進到健保會，健保會下一次開會是什麼時候？12月23號，那你們是不是快一點？如果今天大家有共識，一定要

這樣改的話，那是不是牙全會這邊就回去就立刻報公文給那個健保會？然後讓他們看進度到哪裡，要怎樣補救就由他們去決定。他們有可能還要等下下一次開會。

董代表正宗：

這樣有沒有跟法規有違背？

主席：

這法規是哪一條法規？我們法規沒有在規定這個，只是說協商的那個原則啦，就是跟健保會當時制定的協商的這些原則是不是有一些程序上的不同。

董代表正宗：

組長要不要補充一下？

健保會陳燕鈴組長：

基本上這個來文，可能需提到十二月份委員會去討論，但是我們還會請健保署表示意見，然後之後再看委員決定怎麼處理。

醫務管理組劉林義副組長：

還是送大會比較好。

主席：

程序就走一遍，但是你們要主動去提好不好，那我們這邊是不反對你們做這樣，這樣好像對醫生也比較好辨別，否則的話還要去辨別到他是不是肢障、精神患者或者是重大器官失去功能，是對於一線的牙醫師要跟民眾去確認這件事情是還有一點麻煩，就是複雜跟麻煩。如果只看他的手冊，那就可以去辨別的話，不用把力氣花在那個辨別身分上面，時間留給病人的醫療照護。那我也不反對，但是我內心是認為一到七都不太對，都不一定是高風險啦，用這種定義我是不贊成的，因為那個就是非常地武斷，而且它不見得就是高風險。而且說實在你列舉的一到七，真正的高風險都沒出來，反而是不是高風險的出來了，因為你們幾乎都習慣用這樣子的方式，所以這個真的是不一定病人得到好處啦，真正需要的病人不一定得到好

處，反而是不一定那麼急切的病人說不定會出來。你們要思考怎麼去改善這個問題，要不然就是誠意很高，然後就是執行就是不如預期，而且不是真正有需要的病人得到照顧，結果會是很有機率變成這樣，再來下一個。

醫務管理組陳依婕專門委員：

下一個是第六部分，看到討 2-17 頁，91090C 就連同剛剛那個案子的結論一起麻煩牙全會行文修正備註的括弧 5。

簡代表志成：

一樣修正那個身障的適應對象，就是兩個高風險對象的定義一起。

主席：

那現在只有兩個地方要改是不是？

簡代表志成：

對，因為原本最大的那個就在 91090 的定義嘛，那現在就是身障的等級做個補充。

主席：

就是 91090C 跟塗氟的這個兩個定義要一樣。

簡代表志成：

對，定義大概一模一樣，把那個有關身障的部分把它統一。謝謝。

主席：

好，其他還有嗎？還有一個。

醫務管理組陳依婕專門委員：

最後一個高齲齒經驗患者氟化物治療這個項目要修改備註，那除了這一次有建議比照新增的這個齲齒經驗之高風險患者氟化物治療以外，我們也建議把青少年的塗氟也把它納進去不能申報的範圍裡面，比較完整。

主席：

可以嗎？

吳代表迪：

可以。

主席：

好，那就這樣。那這個案子是不是就結束？

醫務管理組劉林義副組長：

然後就是剛剛講的所有的只要不屬於專款的，結算方式都是照我剛剛講的。

主席：

好，再來討三。

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特殊醫療服務計畫」案，提請討論。

醫務管理組陳依婕專門委員：

討論事項第三案，是有關 112 年的牙特計畫修訂案，那我們就直接翻到討 3-3 頁的對照表。前面第三點跟第五點實施期間跟預算來源都只是修改年度，這個完全沒有意見。

另外第七點的部分是針對適用對象的文字要修訂，原先中間有一段肢體障礙的部分，腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙，牙全會建議修改為「中度以上的腦傷及脊髓損傷肢體障礙」，那本署的意見就改成是「中度」，因為後面的重度以上那些狀況都概括了，所以用「中度」的文字來表達就可以了。

簡代表志成：

沒問題。

醫務管理組陳依婕專門委員：

那再下面括弧三，討 3-4 頁這邊，那這一次最主要的修改，牙全會最主要的修改就是針對自閉症還有失智症，不分程度別都希望依照極重度的身心障礙患者可以加成九成，本署說明的第 1 點是請牙全會說明要加成的原因還有臨床上所遇到的困難是什麼？那本項預算，推估原計畫如果不含這個項目的修訂的話，原計畫推估 112 年的預算會使用到 4.792 億，那再加上失智症跟自閉症患者如果是極重度的障礙加成九成來支付的話，大概會增加 0.215 億，所以推估全年預算是足夠的，以上。

簡代表志成：

這個部分跟主席跟代表各位解釋一下，那因為我們目前的那個分別輕、中、重、極重是照他障礙的程度去做鑑別，但並不是照牙科的需求或困難度去做一個分別，那我們這裡不去做調漲說他們障別分得適不適當、恰不恰當，但是在牙科的照護上，尤其在自閉症跟失

智症這兩個識別，它可能不是明顯肢體上的一個問題，它是在行為控制跟處理上的一個情況，他這時候不見得會去分因為輕、中、重而有所不同，它可能反而是越輕的越難處理，而且失智症的情況它是會越來越嚴重，它不會說因為年紀的增長或治療它會變好。所以這個部分來講，我們才會說在這樣的情況之下，這兩個障別就拉出來不分障別，不然有時候我們常常碰到的情況，它分明是自閉的中度或輕度，但它需要的照護卻是要花重度、極重度的好幾倍才能夠完成它的照護。是這樣的一個情況，我們才會說由這個論點提出來希望能夠獲得大家的支持，就單獨，因為這兩個障別我想不用在我這邊再解釋是什麼障別是什麼情況，它的確是這幾年大家重中之重想要去照護的對象。那它的確有它需要照護的對象，目前是反應依照身障手冊上面障別程度，沒有辦法實際反應它在牙科治療上面的一個困難，所以我們才提出它就劃單一的一個障別這樣。以上。

醫務管理組陳依婕專門委員：

那這邊確認一下，所以是有身心障礙證明，然後是失智症跟自閉症的患者？

簡代表志成：

因為這個領身心障礙的證明，它有失智症或自閉症，不管障別，它原本就在 16 專案裡面，只是我們給付的加成為輕、中、重、極重有不同程度的加成，那現在的情況是因為當初會有分這個加成是因為我們照護上可能會輕、中、重、極重會有不同程度的情況，所以會有加成。但是因為它的這兩個障別實際上在實際照護上，它真的很難依照我們現行的身心障礙手冊上的輕、中、重去區別出它的困難度，它不像其他的障別比較好這樣區別出來。所以我們才提出這兩類就不分別，因為它都在辦法內，並沒有額外再擴增對象，把它調整為全都是適合極重度的加成，這樣的照護上也會讓照護的醫師比較能夠獲得適當的一個回饋這樣，謝謝。

主席：

如果照簡醫師現在的敘述的話，那文字就不能這樣改，因為這樣改

是在括弧內，意思就是自閉、失智的也是極重度的身心障礙患者，才會用括弧，我們在理解上會認為括弧是前面文字注解，但是顯然不是，所以表達就不是這樣，表達看起來是變成是好像看起來應該是極重度身心障礙患者、自閉症及失智症得加九成。這樣子才能夠吻合實際，這個文字不曉得誰弄的，這一段是你們調整的文字嗎？

簡代表志成：

對，因為當初是有在想怎麼適當地去調整出我們想要的東西。

主席：

因為你想要解釋的是說自閉症、失智症。

簡代表志成：

對，就是極重度，就是我們想要表達的意思就是極重度，我的定義就是你只要是失智、自閉就等於是極重度了，那當然像主席剛剛講的把括弧拿掉。

主席：

不對啊，極重度不是你講的啊。

簡代表志成：

對，把括弧拿掉，用頓點那這樣子是可以。

主席：

不是可以，是這樣自意思才對。因為極重度的身心障礙不是你自己可以定義的，那是國家的定義。

簡代表志成：

好，謝謝主席，主席說得對。

主席：

對，因為你一解釋，我就在想這樣子好像很奇怪啊。如果要照你這樣講的話，我的文字應該就是真的要把括弧拿掉了。

簡代表志成：

對。中間也不用含就是極中度身心障礙患者，頓號，自閉症，頓

號，失智症，後面不分程度別得加九成，就是括弧拿掉。

主席：

不是啊，程度別也不要啊。

簡代表志成：

好，就自閉症、失智症就加九成這樣。

主席：

那不是你的意思嗎？

簡代表志成：

對，極重度跟自閉跟失智。

主席：

對嘛，那所以應該是極重度患者頓號，自閉症及失智症得加九成。

簡代表志成：

好，謝謝。

主席：

大家有沒有意見？好，患者放在後面。再來往下。

醫務管理組陳依婕專門委員：

下一個的話是 3-5 頁的(3)，氟化物防齲處理 P30002 下的一段文字，申報本項後 90 天內不得再申報 92005B 等三項，那這三項都是跟塗氟有關的治療，牙全會避免資源重複投入，所以我們是尊重牙全會的意見，那就再配合剛剛我們前面支付標準有新增的那個項目，到時候會把支付標準醫令碼加上去。

簡代表志成：

是，這部分我們就整合，不要互相報來報去的這樣。

主席：

好。

醫務管理組陳依婕專門委員：

那接下來是 3-5 頁的阿拉伯數字 2，有關費用申報的相關規定，我

們就會配合剛剛前面的結論把自閉症跟失智症相關的特定治療項目代碼事後再把它補上去。

主席：

好。

醫務管理組陳依婕專門委員：

然後再來是討 3-6 頁下方有個(4)，牙全會原本有說我們之前共擬會議有通過修訂 B 的「每位牙醫師每月平均」的這個文字，然後牙全會當時寫的時候可能計畫也沒公告，但是我們在 9 月 28 號已經公告成 10 月 1 號生效了，所以這個修訂已經生效了。

主席：

好。

醫務管理組陳依婕專門委員：

翻過來討 3-7 頁，有關於附件五，就是醫療團的申請書格式，牙全會是建議把裡面有一個，我們直接看那張表，就在討 3-10 頁，討 3-10 頁現在申請醫療團的時候要檢附的資料包含巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關的牙醫服務感控 SOP 考評表，那牙全會是考量到說在成立醫療團的那個當下可能還沒有辦法完成感控相關的考評表，所以建議這個項目把它刪除，那本署是尊重牙全會的意見。

主席：

這個是在牙特的申請書裡面把感控拿掉？

簡代表志成：

跟主席報告一下，因為之前在還沒有 SOP 感控之前，我們就有要求外展都需要做到 SOP，所以之前外展醫療團都需要送 SOP 考評表到我們看，覺得符合我們才會過。但現在已經有了 SOP 的不管是自評、初審或者以後要去做實訪的時候，我們覺得這個裁量權應該就回到業務組，避免到時候可能我們全聯會看過，就實際又沒過，因為我們全聯會審核的都並不是審查醫師，也不是審查醫藥專家，都不是這些代表，所以我們才說避免有這種衝突的事情發生，那我們

就把這部分的文件要求刪除，讓業務組來去做裁量處理。

主席：

可是現在業務組有在處理牙特申請的時候要做的 SOP 嗎？

簡代表志成：

要自評表，新成立都要自評表。

主席：

新成立要自評表，我的意思是說所以你這邊刪掉不會漏掉吧？

簡代表志成：

不會，就是不用送全聯會，我們劃掉是不用送全聯會，但是醫療團你要送的時候，那個業務組還是都需要，該去的文件還是都要，只是不用送到我全聯會了。

主席：

是這樣嗎？我們那個牙特申請的時候會送分區業務組 SOP 嗎？在他的條文裡

面有這個文字，確認一下，因為這邊拿掉的話，理論上就不用付了。

簡代表志成：

我們之前在申請費用的時候，業務組還是要看我們的自評表才會核可我們去申請這個費用。

主席：

因為我們健保署醫管組的意見跟你現在講的是不一樣的，他說因為設立醫療團才要找該醫療團的服務地點，確定地點才能著手辦理感控事宜，所以一開始付不了，可是現在簡醫師講的不是這個狀況，他說牙特這張申請書是向牙醫師公會全聯會申請。

簡代表志成：

對，的確就是這兩個情況會產生，因為醫療團要成立，例如說這個醫療團它要不要設在牙科室，一定要先通過才去設，那所以他跟我們申請的時候，可能牙科設備都還沒進去。那還沒進去的時候，有

可能不通過，那通過他才會去設牙科設備，那如果這時候你就要送，也是很突兀的一件事。那如果他先設好送來，不合格，那那個點又不要設，那所以我們就是這樣的一個情況，在我們牙全會不去審這件事情，就這個點能不能設，則是由現有的 SOP 考評來決定。

主席：

對啊，你那個牙特要申請的時候，牙特通常是在機構內吧？

簡代表志成：

以目前來講大概都是機構內。

主席：

對啊，機構內就如同一個診所在那裡，你要來申請在一個地方有一個牙醫診所，它的設備、它有沒有符合感控，那跟新特約要來申請是一樣的道理。

簡代表志成：

但那個不會是跟我們申請。

醫務管理組洪于淇專門委員：

補充說明一下，感控方案有規定如果特約院所執行牙醫特殊服務，就要把自行評核表，自評合格後送給分區業務組。

簡代表志成：

對啊。

主席：

所以方案那邊是有規定。這邊拿掉是沒關係是這樣嗎？

簡代表志成：

對，這邊的申請表是給牙全會，所以才會不要兩邊都需要這樣檢查一樣的東西，而且如果兩邊處置的結果是不一樣的，那這個也很尷尬，因為我們牙全會這邊的醫師並沒有審查醫藥專家的資格。

主席：

總之不要遺漏啦，因為感控對於特殊醫療，特殊單位其實更加重

要。

簡代表志成：

所以我們才說就不要重複，不然也怕到時候產生我們這邊合格了，然後到時候署這邊不行，然後到時候就造成了反而比較尷尬的情況。

主席：

好，那這個請醫管組留意。就是不能刪來刪去，最後就漏掉了。

好，接下來。

醫務管理組陳依婕專門委員：

接下來在討 3-8 頁的(五)之修改年度，這個本署沒有意見。那在第八點居家牙醫醫療服務的部分，有針對裡面的適用對象修改文字，那這邊就是對於倒數第二行「中度以上」，那這邊就跟前面的那個適用範圍一樣，因為「中度以上」的這個「以上」的肢體障礙，後面更嚴重的肢體障礙都概括進去了，所以我們建議刪除部分文字。

主席：

好。討三就討論完了，大家有沒有其他要再補的？沒有我們就進到討四。

討論事項第四案

案由：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，提請討論。

醫務管理組陳依婕專門委員：

討四的部分，請各位直接翻到討 4-3 頁，我們一樣從對照表來說明。那這個計畫是 0 到 6 歲嚴重齲齒兒童健康照護計畫，預算是六千萬元。那要修改的部分包含第三點是實施期間，這個修改年度本署沒有意見。那第四個年度執行目標這邊，那牙全會是配合後面支付標準的修訂，建議把「嚴重齲齒的兒童口腔健康照護初診治療」的「初診」兩個字刪除，那這個也許我們等到第八點談支付標準的時候再一起綜合地來做討論。

再來第五點預算來源之修改年度，這個沒有意見。第七點是牙全會建議就牙醫師申請的資格跟退場機制的文字做調整，那原先在這個計畫裡面，牙醫師要做這個計畫之前，需要先申請，經過牙全會同意了以後才可以執行；那這次牙全會建議是把申請資格這邊都把它拿掉，那本署想要就教牙全會的部分是，請問刪除了這項，是指放寬所有牙醫師都可以參與本計畫嗎？那如果是的話，那現行牙醫師有沒有什麼門檻，譬如說在訓練的過程本來就有經過相關的訓練，所以不需要，還是什麼樣的原因，所以不需要？可能要麻煩大家協助說明。那我們有統計目前截至 11 月止，執業的牙醫師有 1.6 萬人，那有參與本計畫的牙醫師是 1,372 人，那相關的服務量也提供在第三點做參考，以上。

主席：

其實就是提供的人很少，醫師參與的也很少。來請那個林醫師。

林代表敬修：

大家好，我們這邊來說明一下，這個計畫是 110 年 8 月開始公告執行，到現在執行了幾個月。剛開始公告的時候，我們一直關注醫師執行的意願，所以那時候我們積極地開課，開課的時候統計是

2000 多個醫師參加，但是他們了解計畫了以後，大概一半的醫師願意簽合約，願意來做這個計畫。那我們也持續去推動上課，然後到各個公會去宣導，那發現醫師做的意願沒有增加太多。前面幾個月，收案的個數有增加，後來就持平了。那我們深入了解那些醫師為什麼不做，那他們大概提兩個意見，第一個就是申報的程序太複雜。第二個是後續有退場機制還有品質保證的這些責任，另外到別家去填補蛀牙，他就等於算失敗，另外他如果沒有持續那個六個月回來追蹤檢查，也算失敗。所以這兩個讓醫師的責任，他覺得這樣做不下去。所以我們今天提方案修改。

那我們可以先看一下我們那個署方的建議第五點，我們這個計畫其實它的精神，譬如說我們現在只限一個我們的小朋友的首診，小孩子過來跟他檢查，他符合高齲齒的那個顆數就會收案，那收案呢，三到六個月要做一次處理，那處理的項目每一次都一樣，就是塗牙菌斑、教刷牙、塗氟。可是呢，我們的計畫裡面，那每一次申報的那個代碼都不一樣，所以一般的會員醫師很難了解。那我們會提說把這個治療代碼全部改一樣，不是說為了要把那個費用提高，是想說他第二次的治療裡面有一些費用，包括說塗牙菌斑跟牙菌斑的去除，這個是在一般的項目裡面半年就會給付一次，那我們是希望署這邊能幫我們，到後來哪一些是屬於一般的，就像我們那個高風險患者洗牙一樣，你事後再把它扣掉，讓它的支付標準表比較簡單。因為醫師們都認為，我做一樣的事情就報一樣的東西，所以才會有這樣的簡化。不是說為了錢的部分。

那另外我這邊提的那個教育訓練的部分，因為當初要教育訓練是因為申報很複雜，所以很多時間在講申報，那治療的部分其實就是塗牙菌斑跟衛教跟塗氟，這個對牙醫師來說是很基礎的事情。所以如果能把申報的部分簡化，那就沒有教育訓練的必要了。

那另外第三點講的是退場的機制，那我們一直問醫師說，那為什麼你不敢收案，他就說這個有一個退場機制 3.3%，這個是比照牙統，那當初他們也覺得這個小朋友，你叫他半年，三個月到半年要

來，可是你的病患是小孩子，帶他來的是家長，那每一次又不一樣。所以他們覺得很難。的確我們從署這邊的統計，那個第三點這邊，到111年3月總共收了184個人，然後其中就有超過一半的人，他就是因為沒有來退出，不是因為他已經執行完整個方案。如果照這個數據統計的話，那我們這個到最後可能很多醫師都會因為這樣被退場。因為你知道要叫小孩子來，要小孩子同意，家長同意才會來，實質的數據看起來，把這個叫小孩子定期要來的這個責任交給醫師，那醫師可能他一評估這樣，他可能覺得這樣沒辦法做。那第四點就是填補的顆數，那我們是想說其他家診所的因素，醫師比較不能控制，我照顧這個小孩，我把蛀牙都填完了，中間再發生蛀牙，我們填，如果說原本就已經填過，你這時候填，通常在保固期內沒有辦法收費用，我們醫師是可以控制。可是你到其他家，他在填的部分，參加計畫的醫師沒辦法控制。因為方案規定你在進入塗氟治療之前，你都要把以前的蛀牙都填完，那整個計畫的期間大概從九個月到一年多，所以基本上大概這個蛀牙都在保固期內。所以自家的醫師他有辦法去控制那個蛀牙填不填，那他家就比較那個沒辦法。所以希望說這個是用自家的計算，那主要是醫師才敢做。大概這上面提了這幾點，以上。

主席：

如果是這樣修的話，基本上是與當時協商這個預算的時候差別很大，因個案管理做不到，複診的次數比例33.3也取消了，重補排除別家診所等。當時所提個案管理是讓已經是嚴重齲齒的病人個案管理。可是才沒有一年就進行修正，這樣恰當嗎？那如果要這樣的話，以後你們去爭取預算，大家都會打一個問號了。

林代表敬修：

我來說明一下，第一個是醫師覺得那個申報的程序是當初因為這個計畫部分的地方是原來就有的預算，譬如說91004塗牙菌斑，本來一般預算半年就給付一次，那我們計畫是希望三個月給付一次，所以同樣一個專案計畫裡面又有一般，又有專款，所以當初設計為了

考慮說那個，怎麼樣把那個代碼弄清楚，對以後預算要怎麼寫比較容易，所以那時候設計是這樣。

主席：

我覺得你如果是那個代碼擔心什麼扣款，那個是簡化申報是可以，但是你要把其他 33.33，然後其他診所，然後三、四這些再排除掉，那就是跟當時協商完全不符。

林代表敬修：

可是如果照實際來說，因為我們在做這個計畫的時候，我們全聯會很小心地在做，所以只宣導沒有強迫醫師做，那醫師評估起來，你要叫小孩子定期三個月到半年來，要連續四次。

主席：

這個在你們提計畫的時候就應該想到啊，而且才實施一年就立刻把所有的好的規劃都取消，就是品質保證的方面的全部取消，那這樣有什麼意義？當時提出這些都已經是嚴重齙齒，那應該要好好地介入，甚至不要讓它再漏掉，就是要確保他一定能夠回來，那你不去做，當然就病人就不會來了，如果是這樣，以後你們協商真的是沒有人會同意你們的提案，這好像不太恰當，而且才執行不到一年。

林代表敬修：

署這邊是覺得那個支付代碼的部分，把它簡化是可行。

主席：

支付代碼，你要避免大家誤解，然後到時候再來扣款，這個我覺得是可以，但是這些先不要進行實質內容修正吧，你這些那個退場機制的這些不能取消啊。

林代表敬修：

可是你用實質的數據來看啊。

主席：

才實施不到半年。有關申報代碼的修正，支付標準科這邊有沒有什麼協助的？怎麼樣讓他們不要像其他案子這樣扣款？

醫務管理組陳依婕專門委員：

因為現在我們就是考量到一般服務裡面有的項目，所以設定的點數一下一千，一下七百，一下一千，一下七百，那也許我們試著去把它整合成一項或兩項。

林代表敬修：

我們這個就是治療項目就整合成一項。

醫務管理組陳依婕專門委員：

或兩項好不好？就是一項就是加上上去的那個七百點，然後另外一項是頻率增加了三百點。

林代表敬修：

可是你七百點的時候申報那個專款的代碼之後，還要再加 91014、91020 加起來還是一千點，那我們是希望說，我們治療的部分只有一個代碼是一千點，那之後我們後端再去拆哪一些是屬於原來的，就像那個高風險洗牙這樣去拆。

醫務管理組陳依婕專門委員：

太複雜了，這個是走在時代的太尖端。

主席：

你們每次提的在協商費用時，都是在現有的往上一直疊一直疊，然後去訂一個範圍，就弄到大家都搞不清楚，連你們的會員你都說不清楚了，連教育訓練就不要教育訓練了。來，健保會委員要講話。

董代表正宗：

主席、各位代表，我這邊表達一下，我建議是這樣子，過去已經有承諾，已經協商好的事項，就不要去做改變了，這樣給健保會印象非常不好。我雖然是健保會的新委員，但是我聽到其他人的意見真的是很多，替你們講話的第一個就是我，可是你們這樣開會堅持的話，連我都覺得不妥，大家問題處理不完。我是覺得是不是建議主席休息十分鐘，然後理事長跟你們同仁講一下，跟你們的代表都講一下，先看看那些如果不堅持的，就不要太堅持了，這樣開胃

下去不是辦法。

林代表敬修：

現在那個委員，照這邊講的就是說，其實我們的精神跟錢都一樣，那只是剛剛說的時候，那個細節的部分是牽涉到那個錢怎麼算，有一些是以前就有的，那我們現在的方案裡面呢，以前就有的是叫醫師就寫以前的代碼，新加的那個部分，那個本來是六個月一次，中間都加三個月一次。

董代表正宗：

這樣子好不好？我建議理事長我們先休息十分鐘，針對後面的一些是項你們先討論一下。我是覺得這樣比較好，一直爭執下去不是辦法。

陳代表彥廷：

主席，其實癥結點不是我們誠意不高，而是我們在怎麼樣計算這個的時候，是算法上面。

主席：

沒有沒有，如果是申報的問題，我們可以處理，但是原則問題不可以。先不要搞錯，如果是擔心申報複雜，大家會員搞不清楚，如何簡化申報，這可以。但是如果你要去改退場、進場的門檻，品質保證的門檻，實施不到一年就修正，那些真的不宜啦。那這個委員有代表，董委員說我們休息十分鐘，可以嗎？

謝代表偉明：

我想我們就是大原則都不要去動，那至於申報怎樣簡化，我們會後再跟這邊再討論。

主席：

所以你們也不打算休息十分鐘。

謝代表偉明：

這個案子都不動，那我們就看怎麼去把它弄得會比較好申報，我們在會後再跟幕僚討論。

主席：

這個案子不修好不好？

陳代表彥廷：

主席，我們希望那個教育訓練那一部分，因為如果它是申報單純化了以後，就不需要花太多時間，因為今天在學校其實都教過了。

主席：

不是啊，你剛剛敬修不是講說你們教育訓練已經多少家了。

林代表敬修：

我們教育訓練兩千多人，可是我們教育訓練很大的部分是為了行政，申報的部分，那當初兩年前提這個方案的時候，以前沒有那個一部分是舊的一般的預算，一部分是新加的預算，所以那時候在設定支付標準表的時候，變得很複雜，那所以我們才會有開課跟會員講清楚，可是你跟會員講的時候，一萬五千個會員，他對預算是一般、是專款，他沒有這個概念，很難講清楚。他只是覺得為什麼做同樣的事情，每一次都不一樣，所以他覺得這個太難。

主席：

這就是要問你們啊，你不要來這邊講，這個也都是你們自己寫的，那你現在說太難，那當時為什麼太難也是你們提的。

林代表敬修：

可是後來有高風險洗牙就可以從事後後端來扣說哪一些是跟重複的，譬如說我們現在的方案裡面有一些原本半年就會有塗牙菌斑，那個就是醫師一個代碼申報出去，然後最後從後端來扣。

主席：

敬修醫師，不管你現在那個申報要如何改，如果有簡化，也不需要跟會員說明嗎？

林代表敬修：

簡化的時候。

主席：

如果有所簡化，你不用跟會員說明這個計畫的精神，什麼都不用嗎？那個教育訓練全部都不要嗎？

陳代表彥廷：

主席，我們這個年度所有的東西會整理好，然後從明年度的大會各地方我們一個一個做宣導，所以這些部分事實上我們會在牙醫界會在各個會議裡面宣導這件事情，如果它簡化了，那這個問題就不見了。

主席：

我不知道，現在看不到，因為你這個 0 到 6 歲的這個計畫，試辦計畫理論上有一些精神在裡面，那這些如果都不經說明就可以，大家就可以做，到時候會不會變調？來，請黃醫師。

黃代表克忠：

那個只要修年度就好了，其他都照以前的。

主席：

對嘛，先這樣嘛，你才都半年，把所有的東西都砍得一塌糊塗。

黃代表克忠：

因為委員講的意思就是希望我們繼續努力，那我們就再盡我們的力量再做做看。那因為其實這個案子在 9 月 21 日在談判的時候，我們其實就覺得很難推，所以我們那時候當時把六十百萬，自己把它修到三十百萬，就是這個案子。

主席：

不要講三十百萬，現在也距離很遠了，現在才個位數的執行率而已，就是才幾百人而已。

黃代表克忠：

那其實遇到的問題就是剛剛阿修講得那麼多。

主席：

自己設計，當時你就要去想到啊，不要講得這樣跟天一樣好，然後現在又掉到下面去。

黃代表克忠：

不是他一個人啦，我們整個都要一起推動。

主席：

好，那黃醫師你也在裡面。好，那這一項我們就不建議了，那往下我們就用這個標準，假定原來的案子你那個誠意很高，現在要因為執行率不好，然後就要把所有好的規定通通取消，我們就一律不予受理了，好不好？那這樣我們會加速一點那個討論的進度。那我們預計我們最多就是討論到五點半好不好？半個小時，那真的沒有討論完，我們就加開臨時會。

討論事項第五案

案由：有關「112 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」內容，提請討論。

醫務管理組陳依婕專門委員：

第五案是有關修 12 到 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，那這個案要不要牙全會的就直接開始說明？

主席：

好，你們可以自己說明比較快。

林代表敬修：

關於這個案子，因為我們這邊後來有加一個那個齲齒的塗氟，然後我們的人數當時是用健保會給的人數，還有那個錢的單價，來算那個我們的目標值，那因為後來有加一個塗氟的代碼，所以我們是依照經費來算人數，大概重點只有這一個部分。

主席：

這個年度執行目標當時在費用協定的時候，健保會有沒有列入協議？

健保會陳燕鈴組長：

年度執行目標是列入公告的內容。

主席：

對啊，這怎麼能改？你現在又自己在改，這個也不過是去年的事情而已。你想改就改，這樣子行嗎？我看也不用改了。然後再來下面，你改了很麻煩啊，你不能因為執行率很差，然後我就把目標下降，讓執行率好一點，還是很差。

林代表敬修：

這個跟執行率沒關係，是因為當初裡面是算那個牙菌斑每一個人一次是三百塊，後來要增加一個項目五百塊，說你用錢的金額來算人數的時候會不合。

主席：

你如果是這樣的話，你當時協議的時候怎麼不去修正那個目標數？你現在才事後再來修，而且這個東西也是新計畫才不到多久，我覺得都很不宜啦。不是預算來源這個修年度的就通過了，不用念了收案條件，沒有，那還有改什麼？

醫務管理組陳依婕專門委員：

新增一個代碼在討 5-8 頁，新增 K03.89。

林代表敬修：

這個代碼新增的目的只是希望說有一個代碼可以填而已，沒有說想要擴充它的範圍。

主席：

那這個也沒意見吧，我們沒有意見，我們尊重，這個就修了。然後再來第八。

醫務管理組陳依婕專門委員：

5-10 頁備註 2，現行是規定就是「可視需要申報咬翼式 X 光攝影」，那牙全會是建議把咬翼式那些字刪掉，直接留 X 光攝影，費用另計。

林代表敬修：

對。

主席：

沒有影響，好。

醫務管理組陳依婕專門委員：

再來是討 5-11 頁，現行的青少年齲齒氟化物治療，適應症的文字加除原本的齲前白斑以外，加上初期齲齒，還有琺瑯缺損者可以申報本項。

林代表敬修：

當初我們認為是齲前白斑是有塗氟的需要，可是齲前白斑跟初期的齲齒其實是很接近的東西，比較難分辨。那另外琺瑯齒的缺損也是

要有塗氟的需求，以上。

主席：

好啦，這個是加量不加價，就是把適應症放寬，這個我想就跟剛剛那個概念一樣，比較容易被接受啦，董代表可以嗎？這個好像齲前白斑也是寫入計畫裡面，我記得這個計畫裡面的適應症。

林代表敬修：

計畫本來就是齲前白斑啊，適應症。

主席：

對啊，那你現在是修計畫對不對？

林代表敬修：

修方案啊，方案每一年都要修。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我說明一下，就是現行這個整個方案的適應症，在討5-8頁就有包含牙齦炎、齲前白斑、琺瑯齒缺損等等都是，那現在只是針對塗氟這個項目除了齲前白斑以外，再加上初期齲齒跟琺瑯缺損。

主席：

好，應該還好對不對？這個部分可以接受，好，再來。

醫務管理組陳依婕專門委員：

5-12頁就是增加一個如果計畫還沒有在年度前修訂完成的話，就是延續辦理。然後我們是建議說可以比照牙特計畫的文字來修，因為有的人可能不符合次年度的計畫，那就是等到我們次年度計畫公告的時候，那個人就只能辦到那個時間點，我們把文字修得跟其他計畫一模一樣。

主席：

可以嗎？好，這案沒有什麼爭議。好，再來第六案。

討論事項第六案

案由：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

醫務管理組李佩純科員：

第六案是牙醫不足方案的部分，那主席，請問我們要從提案單念還是直接從對照表？

主席：

對照表比較快吧。

醫務管理組李佩純科員：

那對照表的話請大家翻到對照表第 15 頁。前面第 1 頁的部分只有修改年度。那接下來就跳到對照表的第 15 頁，第 15 頁是就是在執業計畫診所的年限計算部分，本署有增列一個如果是在同一個鄉鎮的醫師曾經在三年內有執行過執業計畫，但是因故自行退出計畫的話，他的年限計算我們要比照歇業醫師一樣，就是新舊合併計算。那這個部分是為了方案的規定比較周全，所以我們增列相關文字。

主席：

好，這個牙全會有沒有意見？

林代表鎰麟：

同意。

醫務管理組李佩純科員：

接下來是 17 頁的部分，對照表 17 頁就是針對執業計畫的論次支付點數，原本規定是同一時段、同一地點以支付一位牙醫師論次費用為原則，那這個部分本署建議刪除這個規定，那理由的話，說明部分我們有去講說巡迴計畫的部分是沒有這個部分的規定。那另外就是目前執業計畫診所現行的話是有一家診所它同時已經有第二位執登的醫師，那執登醫師他出去做巡迴，其實都沒有辦法領取論次費用，那這個部分署方這邊是覺得比較，看起來比較不公平，那所以我們是建議刪除這個部分的規定。

林代表鎰麟：

謝謝署的發現，事實上我們的確沒有注意到這一點，很感謝。

主席：

好，那所以是合理嘛。

林代表鎰麟：

合理，非常合理。

主席：

好，謝謝。然後再來。

醫務管理組李佩純科員：

接下來是對照表的第 18 頁最下面那邊，是牙醫全聯會這邊有建議論次費用不分地區級數，不分平日、假日全部都每小時提高 300 點，那全聯會這邊有推估如果每小時提高 300 點的話，費用是增加 259 萬點。本署這邊是希望可以評估一下就是不分級數、不分平假日全部都調高 300 點的這個合理性，因為就是如果我們有去參考 105 年開始的物價指數到今年 10 月為止，大約是物價指數是上漲 8.24%。那下面在本署說明的第一點括弧二那邊，我們有做一個表格，就是如果四級地區的論次支付點數統一都增加，每小時都增加 300 點的話，那個成長率分別是從 7%到 20%不等，那好像跟消費者物價指數的漲幅好像有明顯的落差。那所以請大家可能討論一下這個合理性。然後另外就是本署因為分區的部分在實務面，他們是希望可以就口腔衛生推廣每個月申報三小時的口腔衛生推廣服務的論次費用，他們希望可以增加 P 碼的論次代碼，那這邊是想要聽一下全聯會這邊意見看不可行。

林代表鎰麟：

執業點跟巡迴是不是能夠一起說明，因為理由都一樣，是不是一起把內容看過以後再一起討論，因為理由都是一樣的，我覺得一起說明比較清楚。

主席：

現在這一項最主要巡迴點要每一次要增加 300 點，還有就是一個口腔衛生推廣的碼，那你說還有一個什麼？

林代表鎰麟：

巡迴點也是這樣。

醫務管理組李佩純科員：

巡迴點是在 26 頁的部分，對照表 26 頁。

主席：

你這個 26 頁是什麼？

醫務管理組李佩純科員：

26 頁是針對巡迴計畫的論次費用，全聯會也是建議增加 300 點。

林代表鎰麟：

我一起講。主席，還有委員大家好。我們調整這樣的一個論次費用，事實上是有外部的跟內部的原因。外部的話，五月的時候，我們衛福部石次長也是關心我們醫缺、身障跟長照的人力需求，所以大家都看到這一點。然後 6 月 16 號我們辦了一個總額分享會，健保委員也提出來說這個醫缺方案就是錢不足的方案，8 月 3 號我們全聯會拜訪署方，就是健保談判之前會前會的時候，李伯璋署長也講說醫缺這個地方需要照顧。內部的因素，我們在前任徐邦賢主委交代做醫缺的醫師問卷調查，目標針對我們全臺灣做醫缺的醫生大概三百多位牙醫師，問卷調查得到了 175 位的回覆，所以大概收到一半的醫生回覆，超過 85% 的醫師是認為這個方案的這個給付跟管理有檢討的空間，所以我們依照這樣的一個內部跟外部的因素才主張提高這個費用。那署這邊提的意見是 105 年統計資料，我看那個是主計總處的一個數據，問題是你用物價指數，它是一個包羅萬象的指標。可是我們這個論次的費用，它就是車馬費、材料費，然後風險分擔的這些醫療費用，對我們醫缺服務的醫師來說，我們去做一線的醫師有一個沒有算到的就是助理的人事費。所以這個方案的調整從一百年開始，到現在已經十一年了，它都沒有調過任何的論

次，不能講說完全沒有，就是我們的一級、二級的部分，都沒有調過論次的費用，就是一千五跟兩千四這個費用。如果說以一百年而論，我們以人事成本來說的話，100 年的話這個基本工資是 98 塊，明年 112 年的時候它是 176 塊，所以大家算一算，那個漲幅已經不是什麼 7%到 20%了，而是超過 40%的一個情況。所以在這樣的情況，我覺得每個小時增加三百塊應該是一個合情合理的一個費用，以上先跟大家做說明。因為後面還有一個獎勵方案，這個方案應該也是跟這個論次費用應該要一起做說明的。我想署的考量是說，這個方案預算總共就是兩億八千萬，現在的額度就是剩下三千多萬，那我們調高了這個部分的話，總數是兩千七百多萬，包括署增加的這個執業點多人給付，大概 143 萬。是不是會有預算爆掉的問題，所以我們是針對這個地方來跟署做說明及討論。看看有沒有一個比較好的折衷結果，以上。

主席：

我們這個支付點數都是用一個小時算的吧？你現在這邊的一級的一千五百點。

林代表鎰麟：

民國 100 年的時候就是一千五百點。

主席：

對，一千五百點一個小時，這個是論次的，然後在那邊不可能去一個小時，多數一去就是三個小時，有的甚至更長。

林代表鎰麟：

對，但不一定，每個站都是看需求。

主席：

其實我們各個醫缺，各個總額別的醫缺只有牙醫用一個小時在算，其他都是一次。

林代表鎰麟：

主席，那個已經訂就訂了，就不要再更改了。

主席：

我要講的就是在這裡，我的意思就是說，牙醫如果覺得不足，那其他的更不足了。我曾經不曉得跟哪一位牙醫師曾經有稍微討論過，牙醫師去一次，他不會一個小時就回來，因為來回那麼長的時間，一去可能待一天甚至過夜，然後都用小時計算，那這樣可以多少費用？都是好幾萬在算，就是他如果兩天，看他算幾個小時，看哪一個地區。

林代表鎰麟：

主席，那個兩天的點是四級，四級的點少之又少，我們現在講的是一般做醫缺的醫師。

主席：

應該去也不會只有一個小時吧。

林代表鎰麟：

對，但是你三小時的時候現在就只有四千五百塊。

主席：

三小時就四千五百，通常會待一天不是嗎？通常會待一天吧。他會換地方啊，早上去一個地方，然後再到另一個地方，會這樣嗎？

林代表鎰麟：

對啊，人家就去了啊，你就是要給。

主席：

那這樣子應該有六、七個小時要吧？

林代表鎰麟：

但是第七個小時也是白去的啊，方案規定只有六個小時。

主席：

對啊，那我們就看去了六、七個小時，看了幾個病人，就是現在就是看的人很少嘛。

林代表鎰麟：

沒有，你要看是巡迴點還是社區醫療站，巡迴點的話，位在學校，那麼一次去的時候就很多人。

主席：

不是學校，學校就不一樣了，學校是小朋友比較多。

林代表鎰麟：

對，但問題是你大部分我們的點都是學校的，所以你在人數上面是沒有問題的，然後巡迴的站也是有很多的區別。巡迴點跟醫療站都有，但是問題是我們的巡迴點是幾百個點，醫療站頂多也才 25 個站而已。重點是，主席，社區醫療站是我們未來發展的重點。

主席：

我們都希望你們更多醫師去，因為牙醫師分布是比西醫是還不均的，你們通通在一直退到都會區，現在的西醫都還比你們均衡，偏鄉牙醫要靠這個巡迴醫療，那你巡迴醫療已經也比用小時來算了，跟其他的醫別用一個整次來算，已經是更考慮到你們了，健保署是會有相對去比較，不會只看你們牙醫師，你們自己看牙醫師一直疊加上去沒有什麼不好，可是現在是你去看執行率，現在是去的人也越來越少。你看現在的那個執行率，現在翻到這個醫缺的執行率，是真的很少很少啊。那你現在當然錢不會不夠啊。

林代表鎰麟：

我們的醫缺執行率，即使在疫情我們都接近九成，至少都八十幾%呢。

主席：

有嗎？看一下，醫缺的執行率。

林代表鎰麟：

大概 108 年那時候，九十幾，再說疫情這兩年也沒有差太多啦。

主席：

這幾年呢？

林代表鎰麟：

109 年跟 110 年，它事實上都是接近九成的。主席，我們疫情是冒著風險去，而且署裡面還發公文希望我們要能夠如常地服務。

主席：

醫缺也不是只有牙醫在做，你們更應該去，原因是因為你們分布太不均，那你們真的有義務嘛。

林代表鎰麟：

但是我們要有誘因讓人家去。

主席：

那誘因永遠不夠，你現在加三百，可能明年再加三百，也一樣沒有人去那就再加，對不對？

林代表鎰麟：

沒啦，預算就兩億八，哪有那麼多可以加。

主席：

我們看一下利用率好不好？

陳代表彥廷：

主席，因為它現況是這樣，所以年輕的醫師其實也不太會去，我們就希望把它改變。

主席：

那我們怎麼辦啊？

陳代表彥廷：

現在去的醫師都是去了十幾年的醫缺組了。

主席：

理事長，你們在講的 80、20 是包括偏鄉民眾好不好？

陳代表彥廷：

是的。

主席：

那你可近性都做不到了，還要 80、20，你現在連可近性都要靠這

些善心醫師了，那你這麼不均，怎麼去做到 80、20？

林代表鎰麟：

那你的善心就要靠政府的推動啊，要不然善心從哪裡來？

主席：

對啦，反正就是一直加就好了，對不對？就是單價一直加上去，那你現在是 1500 到變 1800。

林代表鎰麟：

主席，它 100 年是這樣，現在 111 年了，十一年了呢，1500，十一年沒有加呢，主席，你的薪水什麼時候十一年沒有加？

主席：

我們也沒什麼加，我們絕對不是時薪一千五，我們離太遠了。

林代表鎰麟：

那你這樣會讓更多的牙醫師他就守著那個診所，他就不會再出去了，這個方案是我們的未來，那如果說你不支持的話，那事實上就大家都不要去，大家就回到他的診所，而且大家知道明年的經濟可能更差。

主席：

那加了就會去是不是？

林代表鎰麟：

你至少讓這些人不要跑掉啊。而且疫情，我們其實折損了很多醫師，連戰力都折損，這些事情我覺得署應該要考量。

主席：

我們真的希望口腔司成立之後，對於牙醫分布不均的事情真的是要重視。

林代表鎰麟：

但是那個是比較高遠的理想，我們現在先解決我們現實上的困難。

主席：

現在我們的預算是夠嗎？那個醫管組。

簡代表志成：

因為這都在我們的預算內，因為包括這一兩年，包括身障等等都沒有增加的情況，當然是希望能夠活用預算，尤其這幾年疫情，大家越來越因為疫情不去，那我們是希望讓他們去的，因為我們去的話，我們還要增加更多成本。

主席：

疫情已經過去了。

簡代表志成：

對啊，但是像我們這樣去都這樣，每次去的話是自費準備，那些我們都沒有反應出來。但是都是我們每次去都要負擔的這些東西。

主席：

是啊，疫情我們已經恢復正常生活了。

簡代表志成：

對，但我也是希望說這些能夠讓這些醫師還能夠堅持下去啦，因為這一塊的醫生我們希，沒有成長，也不要凋零啦。

林代表鎰麟：

對啊，你三百多個醫師，你怎麼去維持那麼廣大的八百多個巡迴點，總數將近上千個點，所以拜託署要考慮一下。

主席：

對啊，分布不均的結果就是這樣啊。

林代表鎰麟：

那就儘量不要讓它不均啊。

簡代表志成：

至少能夠先顧好現有的願意去的醫師，再怎麼想去怎麼增加誘因。

主席：

那我們剛剛同仁在講說調幅有沒有考慮的空間？

林代表鎰麟：

那是不是連獎勵方案一起討論好了。

主席：

獎勵方案在哪裡？你們獎勵方案是還要修什麼？

林代表鎰麟：

這個部分是不是我們先請署方說明完，我們再討論？

醫務管理組李佩純科員：

勵方案的部分在對照表 32 頁，32 頁的部分是巡迴計畫巡迴點的獎勵方案，那原本的獎勵方式是有 ABC 三個指標，三個指標同時達標的時候，可以領取論次支付點數的 15% 作為獎勵費用，那在 33 頁的下方，是社區醫療站有 ABCDE 五個指標，五個指標如果同時達標的話，可以領取論次費用 30% 的獎勵費用，那全聯會這邊是提案說，原本是要所有的指標同時達標才能領獎勵費用，那全聯會希望分開變成所有的指標分開去做計算，例如巡迴點 ABC 指標分別達標就各領 5%，那社區醫療站的 ABCD 四個指標各自達標的話，可以各自領 5%，總共 20%。那 E 指標達標的話，就是自己單獨領 10%。如果按照全聯會的版本，論次費用照這樣子計算的話，會增加大約九百多萬點這樣子，以 110 年的實際情況來看。那本署的對案是建議說 A 指標，就是巡迴點跟社區醫療站的 A 指標都是在看固定治療椅的設置跟感控 SOP 有沒有達成，那這個 A 指標的部分，本署建議可以單獨來看，但是剩下的指標應該還是要綁在一起同時達標，才可以領論次費用。

主席：

就是這個獎勵指標就是變成從寬了，做一個領一個就對了，原來是全有全無。

簡代表志成：

對，但這有時候可能會造成一些特殊情況就拿不到啊，譬如說那個地區都沒有小朋友，就沒有了，所以會把它分開來，或者那邊都看

小學，根管治療比較少，那你也很難去達到這個標準。

林代表鎰麟：

那個指標在這個執業點跟巡迴點，我倒是沒有太多意見，大概 20% 上下，如果社區醫療站跟這兩個來比的話，我們社區醫療站獎勵不到 5%，149 位醫師只有 7 位達到？那個獎勵指標顯然是交集再交集，會讓這個獎勵的效果失去。署這邊的意見，基本上我能了解，因為我們捐了或是外界捐了很多設備，或者是醫生花了很多費用去更新設備，但是往後的維護費那是非常高昂。就像花蓮這一次有 450 萬的更新，添購更新了一些設備，甚至於有些診所還不一定有，可是那些科技的設備壞掉的話，那個金額是不得了的多，對於承擔這些巡迴醫療服務的醫師，事實上壓力也是蠻大的，這是一件事情。所以把那個第一項指標 5% 拿出來，我個人是沒有問題的。那在社區醫療站裡面，第二個那個特殊醫療的這個方案，如果跟 BCDE 放在一起的話，我覺得是不是有點不太合理，因為那個特殊醫療指標跟品質是沒有什麼關係的。如果要把後面的這些 CDE 又抓在一起的話，我是覺得那樣指標就很難抽換，因為從署的這些資料的分析，每個指標都有它的意義。比如說那些指標鈍化的話，或者說我們希望加入一些什麼指標的話，當全部綁在一起的時候，你就很難抽換。也有可能署會認為說我們全聯會若增添項目，會變成意圖放水，顯現出綁在一起的話，可能有不合理之處。只是說這個獎勵部份會增加費用，跟那個調高的論次費用，兩個部份要做一個平衡妥協就是了。

主席：

那你有什麼妥協方案嗎？

林代表鎰麟：

我講的就可以嗎

主席：

你先提啊，因為現在看起來兩個都在從寬，一個是加價，一個是從

寬。

林代表鎰麟：

對，沒錯。那如果說是維持那個論次的部分，雖然它兩個其實意義不一樣，如果預算充足的話，兩個都應該加，因為兩個事實上是南轅北轍的事情，它的獎勵效果是不一樣的。

主席：

你想想看，這個 5%就是單項 5%或單項 10%，等於是在加價，如果有做到就是加價，論次一個小時是再加，那所以前面再加，這裡再加，意思是這樣嗎？前面加三百點，這邊再加每一個項目 5%，那 5%是用一千五加三百點之後，一千八的 5%，一千八的 5%是多少錢？九十，就是等於再加上去嘛對不對？所以就變成雙重加了，那你的邏輯是什麼？

林代表鎰麟：

那就是如果真的就是這樣子的話，就是每個小時，我們論次的部分我們還是加三百點，但是論獎勵的部分的話，我們是不是就按照署的方案，就是把它 5%的那個部分拉出來，那其他的部分就是照署的，就是合在一起。

主席：

什麼東西拉出來？

林代表鎰麟：

A 指標，那個設備的部分就拉出來，我覺得那合情合理，最起碼給那些醫生有一個動力去維護他的這些昂貴的這些設備。

主席：

就是把 A 拉出來單獨，其他的綁在一起。

林代表鎰麟：

對，那其他的獎勵指標都綁在一起，那如果說將來有爭取到更多的經費，那我們再把它做抽換這樣子。

主席：

那 A 拉出來還是按照原來的比例？5%。

林代表鎰麟：

因為醫師服務的越多，去了越多次的話，當然你就使用的機會就多。

主席：

基本上最有可能就是那 5%拿到。

林代表鎰麟：

其他的要努力啊。

主席：

其他的現在比例都不高，現在全達標的比例不高嘛，包括那個什麼巡迴點，包括那個社區醫療站。

林代表鎰麟：

巡迴點都不錯。

主席：

巡迴點好一點，醫療站比較差。

林代表鎰麟：

醫療站那個太嚴苛了。

主席：

這也是一樣的不是嗎？

林代表鎰麟：

沒有，差很多，怎麼會一樣。

主席：

兩年保存率大於等於 95%就一樣，乳牙一年六個月的保存率大於 89%都一樣，而且社區醫療站希望多做一點根管治療啊，然後還有做一點牙特，因為是社區醫療站，巡迴醫療點就會要求比較少，ABC 而已對吧？

林代表鎰麟：

對，我們也算過大概就是 2,200 萬，所以大概是剩一千萬餘額，那未來有需要增加的點或者是其他的計畫，我們還有一些空間。

主席：

其實這個我們的巡迴醫療還有社區醫療站，現在的分布如是此不均，那現在即使號稱有去，去的都不足知道嗎？這可能就是你的人數太少，沒有辦法，去的次數沒有辦法增加，因為很多的點都是一年去一兩次，那是要幹嘛？

林代表鎰麟：

那個是學校或者是特別的縣。

主席：

對，就是有一些點已經是次數這麼少了，那如果我們都加，我們也可不可以跟你交辦就是說那每一個點每個月至少都要去幾次這樣子，有沒有可能？跟你換可近性。加碼之後跟你交換可近性提高這樣。

林代表鎰麟：

我們會努力，但是你要我承諾每個點去一次可能有困難。

主席：

那總是我們先訂一個目標啊。

簡代表志成：

有些點不是我們要去就去，像學校也要校方同意。

主席：

沒關係啊，學校的以外嘛，社區的那個巡迴點，我們替民眾講話，如果你現在有去，我們也提高獎勵了，但是因為去的頻率不高，民眾也不知道，所以去了之後不是成本效益不好，就是去的看的人很少，可是號稱有去。那現在有去的話，可以讓它可近性提高一點？

林代表鎰麟：

這樣會很可怕。基本你去的時候，它不一定有人，所以那個醫師為什麼他沒有辦法說每個月或者兩個禮拜去一次，他去服務不一定有

人，這是一件事情。第二個你叫他去那麼多次，你的論次又要增加，那預算就爆掉了。事實上我很難拿捏，所以我才說，我自己會覺得就像我們做治療椅檢討的時候，根據署方資料提供每一個點去幾次的內容分析，我們再去了解，我的意思是說要從那個數據上面去分析，這個部分也關係到等一下我們的方案裡面的修改，所以我是有在想這件事情，就是你給我足夠的人、足夠的錢，然後有足夠的數據，最後我告訴你答案。我自己的邏輯是這樣，以上。

主席：

那最起碼要做到一點，就是說我加了錢之後，你不可以次數減少。我們一直在說為什麼會有這些計畫，就是因為分布不均，因為很多地方是已經快要接近無牙醫鄉，你這要靠流動的醫生去，不然我們為什麼要這樣子規劃？那流動醫師也長期的服務，那長期的你現在要加單價，我們也很怕牙醫師不去，可近性變更差。但是最起碼加了之後，可近性不能下降可以嗎？那如果加了之後，可近性下降，那意義上就更糟了，再加下去可近性越來越會往下掉，因為可能醫師認，以前去，要去五次有這個收入，那我現在去四次就可以有這個收入，那我就少去一次。這還得了，那這樣我就換不到可近性，可不可以至少就是說要維持可近性？

林代表鎰麟：

如果主席是這樣子想的話，那我沒有問題，就是我們交一份報告，但是問題是萬一中間有一些什麼樣的數據差異的話，也容我們做一些解釋。

主席：

當然可以解釋啊，我是看整體，我們不要變成說犧牲可近性，然後一直在加單價，那這樣我覺得對民眾是非常地不公平。

林代表鎰麟：

了解，如果主席是這樣的考量，我們會盡力去做。

主席：

或者是我們更希望說，因為多一點經費的鼓勵，有更多醫師願意去。

林代表鎰麟：

這是我們的期望。

主席：

這個才是我們的雙贏吧，那我們就是再，多一點鼓勵，可不可以跟你換說那去的牙醫師人數更多。

林代表鎰麟：

主席，剛才沒有講到牙醫師，我們一步一步來可以嗎？

主席：

就是牙醫師啊，不然什麼？

林代表鎰麟：

主席，現在是次數。

主席：

對啊，你的意思說不要講牙醫師，是現有的牙醫師多去幾次是不是？

林代表鎰麟：

對。

主席：

也可以，我跟你換的是可近性，現在太多地方是牙醫的可近性很差，那你偏鄉的無牙之人很多，你還要講說 80、20，你光是這些人你都照顧不到了，所以現在你說提升獎勵要有一點代價，不能說什麼都沒有，那我們可給民眾什麼東西？我是覺得你們夠有誠意的話，那服務量可不可以增加，這樣子才對啊，這樣子當然正當性就更高嘛，如果都照你們剛剛的妥協方案，那能不能附加一個但書，就是每年不管是醫療站或巡迴點的總次數，或者是服務的人次，可以增加多少，這樣子誠意才夠啊。

林代表鎰麟：

我們就增加，因為我看理事長跟主委那邊已經答應了。

主席：

那要增加多少目標？

陳代表彥廷：

主席，我們以往也都是增加，可是這幾年的減少是因為那邊的住民減少。

主席：

可是我覺得以前就服務不足啊。

陳代表彥廷：

所以當你如果去的次數多到一個程度，他沒有那麼多人來就醫的時候，我們其實常常被檢討的是這一部分，可是如果有這樣的原因的話，它就算情有可原，但是你去了沒有病人。

主席：

去了沒有病人這件事情也是我們要想辦法，因為現在我們已經慢慢去提高固定診療椅的比例了嘛。

陳代表彥廷：

當整體的住民人數在下降的時候，能夠維持其實我們很努力，我們以往也都是這樣在做。

主席：

我知道，我的意思就是說我們現在很努力地去把偏鄉的設備規格提高了，都有固定診療椅，那在這樣的情況之下，應該理論上要能夠有更多人來利用才吻合當時的需要。那我們當然也是希望說，至少要推它不可以下降，那如果好的話，是說可以再增加一些估量。那這樣的話，我是覺得說才有代價。

陳代表彥廷：

報告主席，我們其實這幾年的重點在推醫療站，社區的醫療站，因為學校在萎縮，所以我們在增加社區的醫療站。那我們這一些其實

設備或者什麼，我們都是很努力去爭取的，所以有啦，我們的確這十年來都在爭取這件事。

主席：

這些固定診療椅，你們有努力，我們分區也最近也都透過銀行什麼的這些合作，然後也把南區業務組、東區業務組都有很努力，而且擴散到全國，那這些努力將來就是要讓民眾可以得到牙醫的服務，那如果你現在連設備都準備好了，然後接下來單價也提高了，那如果這兩個通通下去之後，可近性沒有更好。那就又不知道怎麼說了，所以呢，不管怎麼樣，那我們就有一個附帶決議，服務的那個可近性要可以提高。

吳代表志浩：

在那個花東裡面，其實在偏鄉中，有時候不是我們在這裡可以想像地，譬如說你可能有一個地方安排有牙醫服務，你突然間服務量掉很低，為什麼？因為那個醫師可能突然間就走了，他就變一個無牙醫鄉。那我們目前在醫缺的醫療站跟巡迴，現在是面臨到一個恐怖平衡，就是說老的醫師或許因為某些因素，準備要退場，可是年輕醫師進不來。所以如果沒有更多誘因，事實上是沒有年輕醫師要進來的。現在很多年輕醫師覺得我在診所吹冷氣，幹嘛去外面？那就不會有醫師跑那麼遠，還要接受那個交通上面的一個風險。這是蠻困難的啦。那公會已經很努力，我們今年在花蓮的四個醫療站全部更新，那花蓮四個醫療站占全國六分之一，我們四個醫療站全部更新。可是更新我們當然希望利用率很高，但是我們也不能，我們當然希望說我們的服務量要增加，因為我們也要跟我們所募集設備的銀行來交代，但是也可能會面臨到說突然間有一個醫師，這個醫療站或許只有兩個醫師，有個醫師突然間生病了，突然間有什麼問題，那這些東西應該是有些緩衝啦。我在想說以我們地方的立場，在花東我們會努力做到這些事情。當然要增加可近性，當然要增加服務人次，當然要增加服務的量。但是偏鄉事實上是還有很多是我們無法掌控的一個變數，那醫療本身不能招攬，我們也會很需要在

地方跟中央的一些行政單位的協助，那這個部分我們在我們也跟部長都報告過，我們也是努力在爭取看這些方面的一個支援能不能來協助我們。那我想請那個蔡副相信我們很努力在做好這些東西。那在計次的部分，一個加給是我認為，其實部長到花蓮的時候，我們有給他兩頁完整的一個偏鄉醫療規劃書，但是講來講去，裡面最重要只有一個東西，就是如果你計次的費用增加，它是一個最直接的誘因，那也是最能夠吸引到年輕醫師，我們幫你把設備弄好了，把東西都弄好了，然後有一個機制的增加，他們就會加入。那能夠讓我們這個巡迴醫療的東西可以傳承，而不是到時候就中斷掉。以上補充，謝謝。

主席：

對嘛，當時就是固定診療椅這個都是在減輕要巡迴醫師的負擔，讓他可以帶的東西也變少了，有的人以前還要帶馬達抽水，以前為什麼會變成論小時，就是因為顧及到大家帶的東西真的非常地多，而且這些東西有時候是超過一般人可以想像地，所以當時才會把單價定高。那也跟其他的醫別做區別，因為其他的醫別是不需要帶那些東西的。我們是這樣對外說明的。

林代表鎰麟：

但是事實也是啊。

主席：

事實上也是如此啊，可是現在有了固定巡迴椅之後，理論上這些負擔就沒有那麼重，就是去的醫生就不用帶那麼多東西，那這個時候呢？我們再加單價，那要換的是什麼？換的就是那你要真的把環境做得很大的改善，當然就是去的醫師要變多才對啊，吸引人去嘛，然後也讓現在去的醫師減輕負擔，難道不是嗎？我覺得也希望如此的巡迴，民眾的服務可以更到位，不要變成好像臺灣還有少數這麼落後的牙醫治療，是這樣子的道理。那現在再把負擔減輕之後，還要再加價，就是有意識就是說那這樣這麼多障礙都排除了，然後應該要吸引更多醫師去，那才合理啊。是嗎？

林代表鎰麟：

是。

主席：

這個才是目的嘛，對不對？這樣去的醫師不用帶那麼多東西，那就會減輕很多的，就是增加很多的誘因，吸引他去，那你以前的經驗就可以傳承，那這個不就是大家努力的嗎？還搞了銀行進來買設備，對不對？還去張羅，然後每個學校通通有固定診療椅，然後還要排除，跟校長去討論，說可不可以多開放給社區，那這樣一點一滴的努力，我們南區是做得很到位啊。那現在連什麼小黃計程車可以開到巡迴點都去做了，這些點點滴滴，你還講說那我的人次是沒有辦法提高，那這樣我們就傷心啊對不對？大家點點滴滴做了這些努力，不就是希望偏鄉民眾可以得到比較多的服務嗎？對不對？是不是這樣？那所以呢？

林代表鎰麟：

是。就照主席指示，我們在量跟服務的表現上面能夠提高。

主席：

提高多少？

林代表鎰麟：

主席，這個太為難了，我無法在未精算下承諾數據。

主席：

那理事長，你覺得怎麼樣寫比較好？我們希望能夠有這樣的效果。

陳代表彥廷：

沒有啦，我們會把它維持在這個量或者成長，就是至少不萎縮。

主席：

對，那要成長，不管是加入的牙醫師或者是就是服務的人次，那要增加嘛，讓大家覺得說努力都是有代價的。

醫務管理組呂姿曄科長：

主席，我先補充一個數字，就是如果看近幾年，先請各位代表看我

們對照表第3頁，其實對照表第3頁我們已經有設定那個執行目標，只是這個執行目標會去區分說我們的總服務天數跟總服務人次，如果是以執業計畫的服務天數跟人次，分別是六千天跟五萬人次，以110年來看，其實110年它的那個服務天數是5,636天，其實是沒有達標的。那有可能是因為疫情的關係，那在總服務人次的部分，其實也是沒有達標，大概是46,601b人次。那我們現在如果不看疫情，就是在108年的時候，在執業計畫的服務天數其實是有到達6,727天，那總服務人次是51,775人次。這是在執業計畫的部分，那在巡迴計畫的部分，還是維持在19個醫療團，所以是沒有什麼太大的問題。它在服務的總天數是要到達10,000天，以數據來看，應該是近五年都有達標。那在總服務人次是設定11萬人次，這個部分在107年以後，這個數字也都有達標。110年受疫情影響，它是113,253人次，107年到109年都有超過12萬人次。那以上數字供全聯會參考。

主席：

好的，那你們要不要回去研究一下這個目標？因為以前也都達到了，有沒有可能再讓它更做一些修正？今天現在先不要講，就是回去研究一下這個執行目標，表達你們對於這個偏鄉服務的誠意。

林代表鎰麟：

好，但是那個口腔衛生推廣那個我們是不建議啦，因為你說健保項目裡面放一個口腔衛生推廣的這個代碼很怪。

醫務管理組李佩純科員：

P碼的部分是分區希望可以增加口腔衛生推廣。

林代表鎰麟：

這部分我們是不是請署考量不需要新設計一個這個項目在這裡？除非將來署有什麼政策要推廣，那當然沒話講。但目前是不需要的，而且現在要申報這個項目，它也需要有佐證，都已經做區別了。

醫務管理組李佩純科員：

P 碼的部分，署這邊沒有堅持。但是不好意思，主席跟牙醫全聯會這邊，剛剛就是林醫師的折衷的版本，我想確認一下，就是論次費用我們按照牙醫全聯會的版本，就是每小時增加 300 點，那獎勵費用的部分是按照署的建議只有 A 指標單獨出來，那其他剩下的指標都還是綁在一起，是這樣嗎？

林代表鎰麟：

是。

主席：

對，而且 A 指標就是都是 5%，那其他的就是例如說巡迴點的話，就剩下 10%，然後如果站的話，就剩下 25%，就綁在一起。好，那這個還有嗎要討論的嗎？

林代表鎰麟：

還有那個執業點的那個 2.5 萬點變成 3 萬點，署這邊不同意，我們也是尊重。

陳代表彥廷：

定點執業跟巡迴都同意署的算法。

林代表鎰麟：

還有七股的那個部分，那個比較麻煩，是因為申請的這個執業點跟那個一般院所它是同一個院所，因為它之前退出了，同一年退出方案，所以它已經變成一般院所，但是它現在又要再加入這個方案，所以是不是這個七股是不是暫時先不要刪除？要不然他將來要申請會有問題，尤其是他現在已經申請了。

主席：

他有牙醫診所開業了。

林代表鎰麟：

就是他啊。

主席：

然後呢？你說怎樣？

林代表鎰麟：

因為署這邊是說因為它現在已經是一般院所了，所以署這邊對於明年的方案要把它刪掉，那是不能刪的。

主席：

執業計畫，對啊，那然後呢？

林代表鎰麟：

因為他現在又要再申請那個執業點了，所以他如果今年過的話，就等於是沒有一般院所啊，那明年就不能把七股刪掉。

主席：

你是說這一家牙醫診所。

林代表鎰麟：

變動。

主席：

變來變去，一下子要申請執業計畫，一下子要開業。

林代表鎰麟：

對。

主席：

這個會不會也是一種問題？

醫務管理組李佩純科員：

報告主席，就是七股的這位牙醫師，他是 110 年開業並加入執業計畫，但是他在今年上半年申請退出。

主席：

他是退出開業是吧？還是退出執業計畫？

醫務管理組李佩純科員：

他還是有繼續留在當地執業，但是他現在又希望可以再重新回來加入執業計畫提供服務。所以全聯會這邊的意思是說，因為他已經提出申請了，因為他已經不是無牙醫鄉，現在直接刪除這個鄉鎮的

話，他就無法申請加入執業計畫。

黃代表克忠：

那個無牙醫鄉也是因為他自己在那邊啦，他退出以後變成那裡就無牙醫了。

主席：

那這樣是不是好像我們的執業計畫在這裡是有一點問題？像這樣子的個案。

林代表鎰麟：

其實執業計畫應該是從全盤重新再考量過，但這部分牽扯到我們的備用人力，所以這方面又跟口腔司是有關係的，可能是要跟護理及照護司研究，因為我們原住民公費生養成計畫有好幾十個這個備用人才，所以我們希望結合那邊的備用人才，然後跟這個執業點計畫能夠做一些全盤地考量。所以我想口腔司王技正應該是不是可以幫我們補充一下？

主席：

這一項可能暫保留好不好？七股的這個，我們今天再了解一下再說，這個再討論一下。那附件二現在裕民村這個可以吧？

醫務管理組李佩純科員：

署這邊同意牙醫全聯會增加裕民村，然後嘉義縣番路鄉的三個點提升，從一級地區提升為二級，我們也同意。

主席：

好，所以這個案子就是保留那個七股，然後保留執行目標。

醫務管理組李佩純科員：

主席，我這邊補充一件事情給大家參考一下，就是假設我們七股同意牙醫全聯會先保留的話，那我們剛剛前面第 15 頁對照表，因為剛好有新增一個同一個鄉鎮三年內如果退出計畫又重新加入的話，至少他的年限計算是合併計算，那這樣他就不會說第一年是全額保障，就是要達到所有我們規定的要求這樣子。

林代表鎰麟：

沒有問題。

主席：

對啊，要不然是一個取巧的做法，就等於說我們那個先修，然後它這個也把它保留的結果，它就要合併計算，他如果再申請執業計畫就要合併計算。現在只有一個個案是這樣嗎？還有沒有別的一直在取巧？

林代表鎰麟：

一個就受不了。

主席：

這是南區嘛，好，那我們這個案子就先討論到這裡。

林代表鎰麟：

主席，還有最後一個，一級的有牙醫鄉的巡迴點填補率 80%限制。

醫務管理組李佩純科員：

就是對照表的第 25 頁。全聯會這邊就是原本一級的有牙醫鄉，它的巡迴點如果前兩年，學校的前兩年齲齒填補率沒有做到 80%的話，不可以申請論次費用。那全聯會的版本原本是希望說可以刪除這個規定，就是所有的巡迴點都可以申請論次費用。那署這邊的意見是希望全聯會可以先考慮一下說如果全面都開放，就是不管齲齒填補率這一件事情，會不會導致其他的牙醫巡迴點，大家不太在意填補率這件事，然後會導致醫療品質下降，那如果真的發生這個情況，有什麼樣的作為可以去提升回來？

林代表鎰麟：

我長話短說，原本該填的文件都要填，這些服務資料醫師一定要填，譬如說他今天是 60%或者是 70%或者是 90%的填補率他都要寫，那我們是改用管理的方式，因為大家可以看到那個 25 頁那個地方，它的資料裡面 5,435 點裡面，35 個診次裡面，它只有 97 個診次是低於 80%，等於是說你訂這個 80%對我自己個人在分析的作

業來說有困擾，是因為我們做醫缺的醫師會受到這個 80% 的限制，填寫時會有顧忌，我希望是真實資料這樣，不要因為有 80% 限制，然後有任何差錯。我才知道說我醫缺這麼多人放在這裡，然後去那麼多診次，再對照學校 147 年級，教育部都有做這個口檢的一個齲齒率檢查。因為就像主席剛剛開會的時候就講得很清楚說，好像牙醫有永遠補不完的蛀牙。所以我想說這樣的情況放在偏鄉也是一模一樣，對不對？就是我們要知道說到底發生什麼問題的時候，我一個學期我去了四五次那樣，第二學期還有那麼多蛀牙可以補，我自己也會覺得說需要了解一下情況，但是這個資料就要比較切合實際，而不是說有壓力之下的數據。我期望是能夠有這樣的資料做分析會比較準確，然後列入我們的檔案分析，如果說因為這樣修改的關係，以後從 1.7% 變大幅度地增加。那我覺得方案也可以改回來。但是要讓我知道說那個區塊的問題是牙醫師的問題，還是學生真的齲齒太多，然後巡迴點是否有照護不足的問題，就像主席關心的就醫可近性不足，若服務量不夠，那我們是不是要請分區那邊能夠幫忙，能夠多派巡迴人力進去。這個我覺得是蠻重要，所以我想既然這個量這麼少，以 80% 這個數字卡在那裡事實上沒有什麼意思，有意思的應該是那個數字後面代表的意義。以上。

醫務管理組呂姿曄科長：

署方是不堅持，但是我們可以觀察就是假設如果我們現在統一，那我們可以觀察一年，就是假設如果在明年度，這個率其實真的是有受到影響，那我們可否就是直接留在紀錄裡頭，下一年度我們再把它修回來？

林代表鎰麟：

對，但是問題是我們同樣也是到年底才會知道，那如果是這樣的話，署要至少給我們一點時間去做輔導，或者是做討論這樣子。當然留紀錄我是覺得那是應該的，但是我也會在這個修完方案以後，我跟我們醫缺的那三百多位醫生講清楚，這個情況不是讓大家便宜行事，也不是讓他節省什麼行政措施，完全都沒有，但是你就是

給我真實的資料這樣子。那你有困難，那大家在這個醫缺小組裡面來討論，那真的有很大的困難再送到這個研商這邊來請教署要怎麼解決。

主席：

好啦，就是說其實就是不要每次講到偏鄉，就去犧牲品質，既然我們都給足了誘因，然後環境也改善了，不要再把品質一直打折啦。因為偏鄉本來就是一個不公平的事情，那我們如果一直，現在這幾年的努力就是要讓它相對公平一些，環境的改善各方面，然後我們今天又再提高誘因。說實在地，我們真的是各醫別的偏鄉給付不一樣，牙醫特別優惠了啦，那又是考慮到你們去的機會成本很高，那現在已經儘量讓這個機會成本下降了，那還要再變高這個論次的費用，所以一定要相對，不能再犧牲品質，甚至要提高可近性，提高品質才對。所以我不太希望你們去把偏鄉再降低品質，我是不支持的啦，是大家一起努力，去把它環境改善。那也讓你門能夠讓去的誘因提高，那這些你相對再犧牲品質，我是不認為合理啦。

林代表鎰麟：

那我們就針對低於 80% 的巡迴點就做會內（分區）檢討，然後去做輔導。

主席：

理論上這個應該不要改啦，反而你品質要提高呢。

林代表鎰麟：

我知道，但是問題是你留在那裡，你會沒有辦法做正確的統計。

陳代表彥廷：

你沒有辦法觀察到實際的狀況。

林代表鎰麟：

對，這件事情是最麻煩的事情。

主席：

那你的替代方案是什麼？

陳代表彥廷：

長遠來看的話，可以讓我們先找出問題。

主席：

那你們的替代方案是？不要什麼東西都把它刪掉，就是你有什麼替代方案？

林代表鎰麟：

它沒有刪，還是存在那邊。

主席：

可是這個今天有保留，現在已經六點了，已經超過時間了。那我們這一項現在是不改嘛，你是要改嗎？

林代表鎰麟：

對，我們希望把 80% 的那個限制去除，因為量太少了，五千多診次，也只有 90 幾個診，算起來只有百分之一點多，就算你放 90 也會有同樣結果，剛剛理事長也講得很清楚。

主席：

那如果留著會有什麼差？沒有關係啊。

林代表鎰麟：

每個醫生他都會有壓力，就會去針對那個數字。

主席：

每個醫生都會有壓力。

林代表鎰麟：

他只針對那個數字的話，就不能了解服務次數到底有沒有達到降低齙齒率，這點反而是一個比較重要的事情。

主席：

好吧，但是我們還是可以算得出來真實數據嗎？

謝代表偉明：

就請他們如實填寫，然後我們算的時候對於比較低的，那我們可能

就要再去做檢討，然後再去看要怎麼樣去解決，要不然現在大家都寫得很漂亮，我們不知道問題在哪裡。

主席：

好啊，那我們希望的是看到真實的。

林代表鎰麟：

對，我也希望很真實。

主席：

好，那這個就照這樣。那這樣子的話，剛剛那個副組長跟我講說，今天保留的是執行目標這一個案，還有一個是七股，那這個案子就到這裡，那好像還有一個案子，如果第七案今天討論完，我們就不開臨時會，剩下的都可以下一次開。那你們認為我們是不是就把它看完？可以嗎？人數已經少很多了，沒有影響。那第七案我們就趕快來進行。

討論事項第七案

案由：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」案。

醫務管理組陳怡靜助理員：

主席，我們就直接從對照表開始這樣。討 7-2 的話，只有簡單修訂條文跟同意全聯會的金額。接下來的話，是討 7-3，牙全會希望可以刪除原本規定急診試辦中心的值段醫師不得參加計畫的部分，本署建議是希望可以維持同條，維持 111 年的條文。原本執登的那些醫師，可以依照本署說明第二點。不好意思，這邊有一些誤植的部分，就本署是希望可以執登醫師可以申報支付標準第三部牙醫通則八那個醫院夜間急診加成案件。

主席：

可以嗎？

黃代表克忠：

那個本會有兩點意見，第一個是希望說那一家醫院，那如果說原先裡面有牙醫，他可能只有一位或兩位，他也自己沒有辦法成立急診。因為這個地方是確實是很弱、很需要，那所我們這應該是同意他去加入那個醫療團他們來排班的，對，所以才會把那邊修改。然後第二點是勞動節補假，那個感謝，因為我們意見應該是一樣的，所以應該沒有問題。

醫務管理組陳怡靜助理員：

我這邊補充說明一下，勞動節的部分，牙醫不足已經有相關的修正文字，所以我們就是讓它可以兩邊相同，那牙醫不足的文字的話是討 6 的表 21，然後裡面的文字是含勞雇雙方協商排定之補假日，那我們就是修訂得一樣。

黃代表克忠：

可以。

主席：

好，那還有呢？然後再來就是第十項，這個是年度，也沒有什麼。
好，來，還有嗎？

醫務管理組呂姿曄科長：

是沒有了，但是因為這一次這個計畫的癥結點在於就是在討 7-3 的部分，牙全會它認為說目前因為應該是說今年度就只有一家醫院來參與這個計畫，那這個醫院裡，它其實本身就已經有牙醫師，那它希望牙醫師也可以來參加。

黃代表克忠：

沒有，那裡是沒有，其實這個問題不存在。

主席：

他後來不是雇了一個牙醫師嗎？

醫務管理組呂姿曄科長：

是啊，他有牙醫師。

主席：

他後來雇了一個專任的牙醫師。

黃代表克忠：

重點是為什麼不希望他跟醫療團一起來排班呢？因為人力確實很缺，尤其是嘉義地區，所以我們把文字拿掉的意思是他也可以來排班。

主席：

他可以來排班，他可以來排班是表示他也可以來領這個預算，他的執業醫師。

黃代表克忠：

他也可以加入這個計畫。

主席：

可是他是醫院的醫師，還要加入？可是我們基本上的精神是說是院外的醫師才加入排班，那他是院內的專任醫師，還要來加入排班，

那這樣子是不是很奇怪？精神上就很奇怪了。精神上是說這個醫院的牙醫師晚上如果他只有一個，他認為沒有辦法通通在那邊值班，所以要有外面的醫師去補嘛，去補嘛，那如果裡面的醫師他現在是只有一個，以後有兩個、三個，他自己值的，他都不處理，他都要來這邊來排班，那這樣我覺得那個精神好像有一點違背了。

黃代表克忠：

那如果署同意說照原來的不修，我們也沒有意見。

吳代表志浩：

主席，因為我待過全臺灣最小的醫學中心，花蓮慈濟以前只有四個主治醫師，所以我們主治醫師不管你第十年、第十五年、二十年我們都要值班。但是以四個主治醫師我們來輪全年 365 天是非常地累。

主席：

不行啊。

吳代表志浩：

對，但是我們以前就是這樣子做。因為是嘉義縣，所以其實大家到這個地方來值班，其實都還是要跑蠻遠的，都還有休息的問題。那如果這個醫院他開始招得到一個牙醫師，他其實也沒有辦法負擔急診，那就算他負擔急診，可能也是看外傷的會診，他也不可能去看所謂的急門診或者牙科真的緊急疼痛的病人，那如果這個計畫可以照顧到能夠在服務整個嘉義地區，他們嘉義的醫師願意承擔這樣一個東西，來提供這樣的服務。那在這個醫院的新聘的醫師，他也願意來加入，我覺得沒有什麼道理去排拒他的。

主席：

不是，應該是說他的醫師不足，那人數不足以提供每天的排班對不對？

吳代表志浩：

醫師夠的時候，因為服務成本，也沒有醫院會開。

主席：

對啦，那就是這樣子才需要外面的醫師去排班，精神是這樣嘛，那本來他是醫院的醫師，如果他本來就應該去支援會診，或者是他應該排班，他那個應該還照做，然後空檔的才由其他人進去輪。精神是這樣，要不然會變成說所有醫院的專任醫師都不需要負責，那完全是靠外援，我們的精神應該是說這個醫師不管他有幾個醫師，現在就是沒辦法做到周延的急診，所以呢，他的不足的時段就要別人去補，精神是這樣啊，要不然為什麼開業醫要進到醫院去，大家也都好好地在外開業了啊對不對？還要半夜起來值班。那現在就是說原來這個陽明醫院理論上是完全沒有牙醫師的，那時候就全部通通排班。那現在聽說，同仁跟我講說他雇了一個專任的牙醫師，那專任的牙醫師他如果都不負責夜間，完全要靠外援，那是一種事情。那如果他不是，他還要再加入我們這個輪班，然後也領我們的代診費，也領我們的去那邊的費用，那就又有一點怪怪的了。來。

劉代表振聲：

主席，我是南區主委，報告一下現在目前的情況，其實我是覺得其實這個建議如果通過的話，其實也不會執行啦，因為目前的執行率就是這樣，其實陽明醫院如果有一個牙醫師進來，他也不會來排班，因為院方也不會願意他進來。

主席：

那就不要修啊，因為你修就覺得怪了啊。

劉代表振聲：

因為裡面的牙醫師他會有工時的問題，如果他來執行會有休假的問題，會有怎麼分配的問題，所以醫院其實整個嘉義市所有有牙醫師的醫院，他都不願意放牙醫師進來我們的醫療團，像我們會面臨到的問題就是這樣子，那我們現在面臨的問題就是這樣，在陽明醫院，所以不管他有沒有請牙醫師，其實都不會進來。就是靠我們這些幹部才撐，然後目前我們的狀況是，我們所有的處置費、診察費都是陽明醫院拿走的，我們的那個論次的費用還要分 5%給陽明醫

院的急診護士。然後我們當初設置開辦費，你們也都沒有給我們開辦費，都是牙醫師公會去籌錢來買椅子、買材料。現在是舉債，所以他們還要從論次，還要再撥 5% 來還錢。所以本來說健保會說資源要停掉，他們很惶恐，為什麼？因為他們錢都還沒有還完說你要停掉，所以他們想說這一年可不可以再繼續撐完，把這個論次的費用抽出來可以慢慢把那個開辦費，把它舉債的部分把它還掉，很可憐呢。

主席：

所以像這樣子的模式是很難推廣的嗎？

劉代表振聲：

對，是非常難推廣的。

主席：

對嘛，當時你們提的時候，我們就說這個恐怕撐不了多久。

劉代表振聲：

所以他們現在也在說，現在如果今年那個舉債的錢都還沒有還完的時候，牙醫師公會會怎麼辦？為了要成就這個東西，牙醫師公會借了錢去買了診療椅、設備箱，因為陽明醫院原來沒有牙科嘛，他要用那些設備，那花了好幾十萬然後去設置這個東西，才做了兩年，那錢都還沒有還完，我也不知道怎麼辦。

主席：

對啦，這個案子已經被挑戰很久了，那可能再撐一年啦，也是在健保會有協商，就是再一年，如果說真的沒辦法推廣的，就要結束，那大家也都同意，那如果是這樣的話，就是不要修好不好？修了也只為那個醫師而已，那如果那個醫師也不會進來，那又何必修？那只有一年了，那就不要修好不好？好，那如果這樣的話，我們這個案子就討論完。那其他的就下一次開會再討論也可以。

顏代表國濱：

主席，不好意思，那個第八案品保款跟第九案的弱勢鄉鎮，如果下

次的話，就是表訂 3 月 7 號到時候再來討論。

主席：

對。有關保留的部分，請牙全會要不要把結果用行文給我們，那就不要再開會了，但是要合理，都已經把很多的那個想法跟你交換了，真的要合理，因為你們也要想一想說，其實是我們也很努力去把這個偏鄉牙醫看診環境改善了，然後把誘因家大，如果執行再不如預期，就沒有辦法達到原來的目的。那我們今天真的不好意思開到 6 點 14 分，那我們今天就開到這裡，那明年見了。好，謝謝。