牙醫門診總額研商議事會議 108 年第 3 次會議紀錄

時間：108 年 8 月 27 日 14 時整

地點：中央健康保險署 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：張毓芬

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
干代表文男	干文男	連代表新傑	連新傑
王代表棟源	王棟源	陳代表少卿	陳少卿
石代表家璧	黃立賢(代)	陳代表雅光	陳雅光
朱代表日僑	朱日僑	溫代表斯勇	溫斯勇
吳代表明彥	吳明彥	黃代表金舜	黃金舜
李代表純馥	(請假)	黃代表純德	黃純德
沈代表茂棻	沈茂棻	黃代表福傳	黃福傳
季代表麟揚	季麟揚	劉代表經文	劉經文
林代表敏華	林敏華	鄭代表信忠	鄭信忠
林代表順華	林順華	黎代表達明	黎達明
林代表靜梅	林靜梅	謝代表武吉	(請假)
林代表鎰麟	林鎰麟	謝代表義興	(請假)
邱代表昶達	邱昶達	簡代表志成	呂名峯(代)
徐代表邦賢	徐邦賢	藍代表鴻文	藍鴻文
翁代表德育	翁德育	羅代表界山	吳迪(代)
許代表世明	許世明	蘇代表主榮	(請假)

列席單位及人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

全民健康保險會

陳燕鈴、陳思縝

中華民國牙醫師公會全聯會

柯懿娟、施奕含、邵格蘊

中華民國藥師公會全聯會

陳瑩珊

台灣醫院協會

顏正婷

中華民國醫院牙科協會

(請假)

本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組

本署違規查處室
本署資訊組
本署企劃組
本署醫務管理組

林照姬、楊淑娟、蔡雅安、
吳逸芸
蔡秀幸、林巽音、陳盈庭
林淑惠
郭碧雲、洪穰吟
施怡如
劉翠麗
宋瑞蛟、張如薰、賴淑華、
宋怡慧
吳志倩
李冠毅
詹孟樵、陳泰諭
吳科屏、蔡翠珍、劉林義、
韓佩軒、王玲玲、洪于淇、
宋兆喻、李佩純、林蘭
楊淑美、鄭正義

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

決定：洽悉。

參、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：除序號 2(牙周病統合治療方案 108 年上半年執行率偏低案)繼續

列管，餘解除列管。

第二案

報告單位：中央健康保險署

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：中央健康保險署

案由：108年第1季點值結算結果報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表：

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q1	浮動點值	0.9052	0.9806	0.9722	0.9940	1.0037	1.1512	0.9573
	平均點值	0.9075	0.9802	0.9719	0.9904	1.0020	1.1443	0.9576

- 二、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：107年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

決定：

- 一、有關臺北分區院所因「不符合加強感染管制院所」資格而不予核發品保款比率偏高一節，請臺北業務組進行分析並於下次會議提出報告。
- 二、請於 109 年提報「108 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案」時，新增院所層級別分析。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析

決定：

- 一、洽悉。
- 二、請牙全會就 108 年度 180 天內重複執行全口牙結石(跨院案件)進行分析，並於 109 年第 1 次會議報告。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：重複施行牙體復形之案件分析

決定：請牙全會就重複申報牙體復形案件之後一位執行院所(醫師)進行分析，並於 109 年第 1 次會議報告。

第七案

報告單位：中央健康保險署

案由：各區共同管理經驗分享

決定：洽悉。

肆、討論事項

提案單位：中華民國牙醫師公會全聯會

案由：牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧感染控制訪查抽樣比例

決議：

- 一、有關偏鄉地區巡迴醫療、身心障礙特殊醫療服務、矯正機關，之抽樣比例併計為 4%。
- 二、「牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」及本案抽樣比例，增修於「牙醫門診加強感染管制實施方案」(如附件 2)，並於 109 年開始實施訪查。

伍、臨時報告案

提案單位：中華民國牙醫師公會全聯會

案由：全部牙醫院所嚴謹執行感染管制增加新項目提升診察品質

決議：

- 一、本案係為 109 年度牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫，請

牙全會提報全民健康保險會討論。

二、有關「符合加強感染管制之牙科門診診察費」之調整，請依支付標準修訂流程，提供本署詳細成本分析表，循作業流程辦理。

陸、散會：下午 6 時 10 分。

柒、與會人員發言摘要詳附件 1。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議

108 年第 3 次會議與會人員發言摘要

本會上次會議紀錄確認

主席

理事長、各位代表、醫管組同仁、分區業務組同仁、大家午安，謝謝您們大家一起來開今年牙醫總額研商議事會議今年第 3 次會議，今天報告事項一共有 7 項，討論事項 1 項，各位先看上次的會議紀錄，從第 4 頁到第 10 頁，各位代表有沒有意見？進入報告事項之前介紹新代表，第 1 位是林鎰麟醫師，東區審查分會的主委，第 2 位是林順華醫師，牙醫醫審室主任，再來是藍鴻文醫師，北區審查分會的主委，歡迎 3 位新加入的代表，接下來報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

好，謝謝，各項辦理情形大家有沒有意見？好，如果沒有意見就進行第二案。

報告事項第二案：牙醫門診總額執行概況報告案

主席

好，謝謝，各位代表對這個報告有沒有意見？牙周病的執行率才 33%，預估全年大概 70% 不到，因為已經併到一般預算裡面，而且去年在協商時還外加預算，這部分理事長要做準備，總額協商時可能這項會被討論到，請問各位代表大家有沒有其他意見？來，請林代表。

林敏華代表

請教一下為什麼第 7 頁地區醫院成長率那麼高？是有鼓勵嗎或有特別的嗎？

主席

理事長這邊有要補充說明嗎？牙醫師的人數在地區醫院成長率是 5.6%，區域是 -0.3%，看第 11 張投影片地區醫院的件數成長率是 4.9%，也是各層級最多的，點數成長率是 8.4% 也是各層級最多的，但是原來的 base 是少的，醫師數增加，件

數增加，看起來成長率多但是金額沒有想像那麼多，所以它的 base 是區域跟醫中的 1/3，最主要還是診所最多，90%都是基層院所，牙醫的生態就是這樣，案件分類的第 14 頁可以看到地區醫院成長 8.4%，但是所做的服務跟基層院所不太一樣，做的是手術、其他專案、特殊服務，那基層診所也有做這些，但更多是一般案件，好，謝謝，那其他代表有沒有意見？好，如果沒有就進到第三案。

報告事項第三案：108 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告案

主席

好，謝謝，今年第一季的平均點值在 0.9576，大家有沒有意見？牙醫沒有什麼藥費，所以浮動點值跟平均點值幾乎是一樣，好，大家如果沒有意見我們點值就確認，接下來下一案。

報告事項第四案：107 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

主席

好，謝謝，82%的院所有核發品保款，好，大家有沒有意見？好，台北怎麼那麼低？台北區的主委在嗎？來，溫醫師。

溫斯勇代表

我們台北區新院所比較多，新院所並不會有，或者更換負責人也就都不會有，在這裡跟委員補充報告，看報告案說明四(一)0 家指標達成率為 0%意思是說沒有拿到都不是因為指標是 0，都是因為不予核發，譬如更換名稱、新院所這些，本來在第 1 項核發資格就沒有，但是不用太擔心，剛剛主席擔心委員怕說我們的品質不夠，沒有任何一家院所指標達成率是 0，沒有拿到是因為前端新院所這些，以上報告。

主席

好，謝謝，這個是可以看出台北嗎？確實，副組長這邊提到大家請看報 4-4 頁，不符合加強感控院所的比例台北區占 53%實在是太高了。

溫斯勇代表

不符合加強感染管制，是包括 12 個月都要有。

主席

你們台北區的診所 12 個月是第 1 個指標，不是第 0 的指標，有一半重疊，那另外還有一半呢？

溫斯勇代表

加強輔導申報費用我們從去年 2 月就輔導成功，1 月都沒有報到，即使現在申報率，跟主席報告，當初去年不是說台北區申報率太低所以就加強輔導，可是輔導要全年度的都有，可是這個是去年 107 年的資料，去年我們輔導完以後現在表現申報率雖然升高，可是卻要求一輔導時要往前推算前面也完成了，這樣我們做不到，我們是人不是神。

主席

台北業務組同仁有沒有要幫忙說明的，來，請照姬科長。

台北業務組 林照姬科長

剛剛溫主委講得沒有錯，107 年台北業務組未申報「符合加強感染管制之牙科門診診察費」院所約有 1 成，另台北業務組的院所多，相對辦理更換負責醫師、變更院所代號等因素，所以該等院所無法達到每月申報符合加強感染管制之牙科門診診察費及每月醫療費用辦理第一次暫付等，品質保證保留款規定之核發資格，以上，謝謝。

主席

這種問題又不是只有台北區有，多一點點也沒多那麼多，這個有點異常，來，請翁醫師。

翁德育代表

這邊 53.3% 是全國的占率，本來台北占率是 37%、38%，還是有超過一點點，另外一個原因，剛剛溫主委所講的就是說事實上因為台北新開的院所確實占率比較高，超出平均值一些，本來占率就應該 38% 左右，超過全國占率高一些沒有錯，但是沒有大家想像中那麼糟糕，當然還有其他一些原因，以上。

主席

台北區確實要看一下，對照報 4-4 頁下面不予核發理由 0、1、2、3、4、5、6，

確實比例比占率還高，高至少 1/3，1/4 到 1/3 件，絕對不是一般 general 可以解釋的，好，這項列入紀錄，請台北區這邊因為是品質很重要，好，就列入紀錄，下次要提出理由說明，好，其他大家有沒有意見？黎代表。

黎達明代表

在醫院牙科層級裡面，記得以前的表有不同等級醫院顯示，但是現在把他壓縮在同樣的醫院層級裡面，是不是在下一回可以補充各層級醫院核發的比例，在內部推動比較有利，不然不知道改善對象是什麼？以上，謝謝。

主席

謝謝，這一項有 2 個決議，一個是台北區不予核發比例過高，另外 1 個是醫院別的部分，下一次請區分 3 個層級在各品保款的表現，好，還有沒有其他大家對這項的意見？好，如果沒有就進到第五案。

報告事項第五案：180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析

主席

今天報告本案之原因係上次討論為什麼洗牙跨院不能核扣？牙全會主張跨院不能核扣，同院可核扣。當時代表認為有些特別的病人，應可跨院重複洗牙，後來請教代表何種情況可以跨院重複洗牙，但代表提不出專業的理由，所以就有這份分析。究竟跨院重複洗牙有無集中的趨勢，各位代表看過報告後，認為是否有集中的趨勢？這有很嚴重的集中，180 天重複洗牙，同院幾乎沒有，99%是跨院，第 6 張投影片，第 1 名牙醫診所跨院重複洗牙占 1/5；第 7 張投影片，第 1 名中區的牙醫診所跨院重複洗牙占 26%；第 8 張投影片，第 1 名牙醫師洗 50 顆其中 26 顆是重複洗牙；是否因前一位牙醫師洗的品質不好，以致需要跨院重複洗牙，這比率比前面低一些。看來似乎不是你們所解釋的特殊案例，以第 7 張投影片為例，前幾名的牙醫師都是處理特殊案例嗎？這些半年內從 1/5 至 1/4 的病人比例在做跨院重複洗牙，這些特別的病人都集中在這些診所嗎？全國 6000 多家診所，其中有 100-200 家診所所有跨院重複洗牙，這樣不算集中嗎？大部分的診所不會跨院重複洗牙，有跨院重複洗牙的集中度很高。怎麼看這數據？

翁德育代表

全國平均的重複率是 3.8%，醫院跨院執行全口牙結石清除，直覺上是會比較高，因為有幾個難處。第一大部分醫院牙科的電腦可能無法立即上 VPN 查詢，因為他們的電腦不一定可以連接，等下請醫院的醫師說明，很多醫院無這樣資訊，並非他們不願上 VPN 查詢半年內病人是否洗牙。

第二，醫院的行政作業，當醫師在作業時，旁邊會有護士或助理協助做 VPN 查詢。醫院的醫師若要求邊看病病人邊查詢半年內病人是否有洗牙，我覺得對醫院的醫師而言工作負荷稍微大了點。

第三，教學醫院依教學標準步驟，主治醫師在牙科疾病的第一項處置就是要住院醫師或實習醫師位病人做全口牙結石清除，所以醫院的跨院執行全口牙結石清除會比較高，這是原因之一。我不建議這項跨院執行全口牙結石清除用不予支付的方式處理，各分區都有讓醫院知道這類情形的輔導案件，以輔導的方式比強制歸零處理會比較合理。

主席

第 4 張投影片跨院重複執行全口牙結石清除在 107 年有 35 萬 2 千件，其中 30 萬件在診所，只有 3 萬 8 千件在醫院，你說的是醫院的情形，但這 30 萬件在診所，原因是沒上雲端查詢、也沒護理人員幫忙、也沒實習醫師嗎？

翁德育代表

我講的意思是針對醫院為什麼會重複執行全口牙結石清除會這麼高。

主席

我告訴你這件事情，診所占 30 萬件。

翁德育代表

因診所占率 92%。

主席

診所沒有你講的，醫院不能上雲端查詢、也沒護理人員幫忙、也沒實習醫師，診所如何解釋？

翁德育代表

因診所的比率本來就低，因為有特殊病人，他可能需要。

主席

第 6 張投影片是指醫院，第 1 家醫院占 21%，之後是 15%、14%、13%；第 7 張投影片，第 1 名中區的牙醫診所跨院重複洗牙占 26%、22%，診所怎麼會低？醫院怎麼會高？醫院比診所低。

翁德育代表

我是說醫院與診所平均重複洗牙率的比例，診所是比較低，醫院是比較高，我只是解釋醫院比診所高的理由。主席說全部案件數都集中在診所，這是可以理解，因診所占率 92%。我只是解釋當我們用一把尺將醫院與診所的重複洗牙率一刀砍斷，對醫院不公平，我在解釋這件事。

主席

對診所怎麼辦？

翁德育代表

診所的高比例重複洗牙率，建議用輔導方式會比一刀砍斷來的好。記得上次研商會議，有病人投訴跨院所牙體復形填補是應該要支付，很多因管理的問題，醫師不願提供服務。全口洗牙也是一樣，當病人有需要，到不一樣院所要洗牙，後端醫師告知因未到半年時間，所以不能洗。所以偶而會有投訴的問題。我不否認高比例重複洗牙率確實存在，也必須要處理，建議處理的方式能圓融點，不要一刀砍斷，這樣會比較好。

主席

這違反支付標準的規定，半年內同院跨院都不可以重複洗牙，已經重申及溝通很久，雖然重複率已有下降，但少數比例高的，是要輔導或回歸支付標準的討論？

干文男代表

前幾天在四個總額說明會，許多委員對雲端藥歷的補助有些看法，如果這事情沒有做一個清理，好像決策在總額協商的預算編列在健保署給付的，可能會像去年重演，因為本部執行不力，到時再砍本部預算。

牙醫要提出改善方案，我們不反對，但要給健保署有個交代。雲端藥歷已經實施一段時間，看診前都沒事先看，如果有看，就不會有洗牙重複過高的現象

主席

同樣是民眾端，在 A 診所看牙，180 天內不能重複，換一家牙醫診所就可以，這實在說不過去。民眾會不高興，同院他就高興嗎？同院高興就有理，跨院不高興就擔心。這是奇怪的說法，這件事情大家已討論很久，雖然跨院重複率有下降，但仍集中在少數人比率偏高？

翁德育代表

我有點疑惑，現在還是要處理少數的問題，如果處理全部的問題，我不介意，我們還是以民眾的就醫方便性來考量，民眾不容易記得是否已經半年，有的診所病患還沒滿半年就來洗牙，要診所怎麼辦？

主席

這是那家診所，有沒有在前 20 名的名單內。

翁德育代表

我們還是要就事論事，讓跨院所重複洗牙率歸零或是要處理極端重複的院所，這是兩件事情。如果是處理重複執行高重複比例院所，我們當然是贊成；可是今天你是要把他歸零，我們當然不贊成。這是處理不一樣的觀念。如果是要處理極端的院所，我們都贊成，沒有人會反對。

許世明代表

關於結語第一項部分，在今年第 1 季已通知會員，一定要上雲端查詢，也請會員醫師針對病人實際需要核實申報。另外針對 180 天內，30 天、60 天、90 天做檔案分析，也請各分會在第 1 季處理過，這些措施都有在做，至於何時會有結果，目前還看不到。針對這部分後續還會追蹤，對異常院所做輔導。之前講過多次，目前支付針對特殊病患有 90 天的洗牙，但是許多有需要的患者並未被納入，無法一一列舉在支付標準表。

主席

為何同院不能重複，跨院就可以重複？同樣是病人的需求，你們的邏輯很奇怪。

邱昶達代表

就本質分析，請代表們看資料，醫院醫師前幾名，一年才 50 例，一年 12 個月，每月洗 4 個病人，這不合統計學的意義。例如病人車禍外傷需要手術，你會希望醫師先幫你洗牙再開刀或是先不洗牙，直接開刀。或是因蜂窩性組織炎要清創手術，因為曾被別人洗過，我就不幫忙洗了，你會希望醫師幫你做那項？所以我覺得不要太去限縮，醫院負責外傷、急重症等的處理。

主席

診所怎麼辦？

邱昶達代表

我們尊重健保署的規定，不希望浪費醫療資源，但醫院的案例較少，不應強調這點，醫院還要處理外傷、急重症、罕見疾病等。

主席

我同意你，請看第 4 張投影片，35 萬件之中診所占 30 萬件，所以醫院不是重點。我們要處理診所，占 90%，有 30 萬件，怎麼會合理？同院不能重複已執行很久，跨院就可以？另醫院代表所提，醫院不能上雲端嗎？上雲端醫療系統查詢確實就可知道。但我同意某些特別狀態，有些跨院一定要重複洗牙，可以列舉專業的理由，就可以排掉，這些可以算是合理重複洗牙，病人端也需要。但不能合理解釋診所有 30 萬件。

簡志成代表

這個會讓我們聯想到之前處理 OD 保固期的問題。現在不是醫院提供端的問題，而是消費者本身想要的問題。他覺得牙齦流血要洗牙，但已被前一家洗過了，我向他說明不能幫他洗，於是就被投訴。上次 OD 在別家補過，另一家就不能再補，甚至說要自費才能補牙，於是被投訴，所以上次確定 OD 的保固期限同院，不限跨院。所以我們不希望將他寫死，當然我們同意查異常指標，將前幾名找出，各分區都有在做個案處理，而不是都不能申報。不能申報可能引發民怨，投訴到各單位信箱。108 天不能重複洗牙限縮在同院，因自家的事自己解決，就像保固期一樣。與 OD 的保固期有相同意思，也確定寫入限同院。洗牙是否可以比照辦理。

主席

洗牙在支付標準沒寫這樣。

簡志成代表

如果不這樣，現在問題比較寬鬆解釋跨院所 ok，我們沒那麼嚴謹就不能洗，但可以會以指標去做。

千文男代表

108 年輔導是從第 1 季開始，看看上半年他們的輔導成果，如果還是這樣，該罰就罰，這樣比較有績效。

主席

理事長的意見如何？

王棟源代表

我們有在做輔導，是否如干委員所說給我們一點時間，明年再來 run 這件事情，如果還是有同樣狀況，就照署裡該怎麼做就怎麼做。

主席

理事長既然這樣講了，就看明年年初第 1 季，把今年全年做個分析，請醫審組 run 同樣程式，將今年與去年的情況做比較。如果問題依然集中在少數、高比例的，我們就要探討。

林敏華代表

剛才決議我是可以同意，但是能不能請主席提出一些指標，主席裁示做比較，是以幅度？比例？件數？能有明確的東西，不然明年可能沒有真正改善的指標。

主席

以第 3 張投影片件數有 35 萬件，診所 30 萬 9 千件，醫院 3 萬 8 千件。輔導後看降低多少。剛才林代表請教理事長，明年用何種指標來看你們真的有去改善，總件數或其他項目。

翁德育代表

我記得之前幾次的會議有做過歷年重複的比例，3.8%有逐年下降，是要下降到歸零嗎？不建議用重複的件數做計算，確實是可以做監測，但不可能每年下降到歸

零，這與一刀劃過是一樣道理。

我們確實要監看這些重大、常常重複的前幾名院所，經過輔導後到底數字有無下降，這才是重點。

主席

請全聯會成立專案，醫院代表所提手術之前洗牙，應該要病歷上面記載為什麼要重複洗牙，這是可以接受的。但如果是例行且跨院，有些醫師說不好意思拒絕病人，怕有民怨，那同院可以為什麼跨院就不行，不應該有差別待遇。我相信 30 萬件，不是每件都是特別的，干委員跟林委員所提，就等明年第 1 季來看今年指標。

吳明彥代表

這麼好的檔案分析，都是健保署做還是全聯會做。

主席

全聯會也可以做。

吳明彥代表

這個檔案分析只要一公布，我覺得全聯會去決定公開前 20 名、30 名，我保證公布幾季之後就會改善，人最怕名字公布出來。

許世明代表

我補充說明，第 1 季在做 30 天內異常值比較高，90-180 天我們認為是合理性的，還是要強調，為什麼 180 天內要重複洗牙，病人自己無法好好維持口腔衛生就像我們考慮巴金森氏症病人，很多病人需要 90-108 天重複洗牙，若開放病歷記載無法好好維持口腔清潔就可以重複，會更浮濫。

主席

我們不同意您們的說法，不會刷牙就幫他們洗牙，日本怎麼教育他們的孩子，要口腔健康達到 80/20，他們蛀牙率很低，不是你蛀牙我來補牙，而是教育孩童如何預防蛀牙。從預防開始，因為病人不好好刷牙，所以我幫他洗牙，就沒有鼓勵大家自我保健。這是反過來講，不是理由。

連新傑代表

有些病人是心有餘而力不足，醫生的角度的話自家還是會提供醫療服務，自行吸收沒有申報。我們全聯會也沒有反對說，針對重複洗牙的極值作控管，可以討論，但我們的出發點也是為了病人好，上次我也有提過，很多病人吃檳榔開夜車，他的需求，我們內部意見也很多，我希望針對極值院所可以追蹤，有沒有在名單上，數量有沒有減少。我們不反對輔導，把前 20 名名單，經追蹤輔導後看幾季重新跑一下資料，監測有沒有變少，如果沒有就是屢勸不聽，或有特殊狀況去瞭解，搞不好他是牙周病專科醫師，接受轉診的。

主席

我們徵求兩位付費者委員的意見下一次第 1 季，請全聯會提報告。

翁德育代表

我們資訊人力短缺，無法自己跑，如果有需要可否麻煩署這邊幫忙？

主席

明年第 1 季做決定，我們已經好幾回合處理這件事，你可以從專業角度告訴我們那些人一定要洗，我們可以接受，但目前的情況是全聯會提不出來，這 30 幾萬件一直在這裡。

翁德育代表

主席考慮的是重複的件數一定要降低？

主席

您認為這樣合理嗎？若不合理就去改善，若合理就告訴我們理由，這 35 萬件都是合理的我們就同意，那就明年第 1 季請全聯會提案報告，我們尊重您的專業。

王棟源代表

主席不好意思，全聯會目前資訊的人力真的有困難，指標還是由健保署跑，若高於平均值的院所再做處理。

主席

那會後全聯會再與我們的同仁討論一下。

黎達明代表

我補充說明一下，我是牙周病專科醫師，維護牙周病病人的口腔健康，研究發現每3個月做一次洗牙，但因為健保經費有限，所以改成半年。在全聯的爭取下改成給孕婦、身障病人、特殊群體可以做。目前討論180天重複洗牙的需要性，重點是他是物件，還是疾病照護，從學術性還是事務性切割，有很多的因素考慮。我們代表牙醫提到180天重複，第180天比較接近不合理，除非是外傷、創傷，所以90天是我們研究上看是合理的部分。第2個部分，我們現在給付是標準給付，但牽扯到不是物件的清洗，病人有沒有努力、認真也會影響。最後，資料當中醫院的斜率很平，接近平均值8.9，但最後一名11點多，醫院裡面很多專科醫師，面對要求病人比較嚴格，醫院裡面VPN全部有開放，如果要全面通告的話，建議由全聯會或署這邊通知，不然醫院也不一定會理我們。

主席

利用雲端查詢系統，已經是西醫在看病時會去做的項目，為什麼牙醫還會有防火牆的問題，都是院內很難理解，一家醫院各科都用雲端查詢，只有牙科沒有，很奇怪。而且我們也付了VPN租費，牙科紀錄是一個頁籤，沒有西醫這麼的複雜，這是我們的苦心，大家都不去用。先討論到這裡，決議就是明年第1季請全聯會報告，第二就是請牙醫師上雲端藥歷查詢病人病史，要變成未來的routine。接下來第6案。

報告事項第六案：重複施行牙體復形之案件分析

主席

請問大家有沒有意見，請翁醫師。

翁德育代表

請問第17張投影片106年申報醫師1萬7是人的意思？含支援醫師嗎？申報乳牙的醫師還是全部牙體復形的醫師？申報乳牙的醫師不多，這個資料非常好，但有時候我們在做專業的時候，有的院所反映，跨院所牙體復形的重複申報應該要排除，病人第一次填補發生牙髓發炎，由第二位醫師進行根管治療再填補，這種應該要排除。第一次重補跟第二次重補中間有根管治療應該要排除。第二乳牙的部分小朋友也比較不受控制，看乳牙醫師的比例應該不高，這些名單建議要列出

來。

徐邦賢代表

請問從第 7-8 張投影片開始，這些是被重複?還是重複?

主席

被重複的家數，前一手，也就是誰補不好啦!被重複率。

徐邦賢代表

因為我們牙科有設定類似的同儕制約，想確認投影片資料是後面還是前面的一家?

主席

跨院再填補這都是先看後面的院所，然後再看他前面的那 1 家院所，請兆喻說明一下。

醫務管理組 宋兆喻專員

報告主席，這邊表格呈現的都是前 1 家院所的資料，統計邏輯是追蹤病人補牙後，特定期間內再填補之情形。

主席

其實應該是前後院所都要分析，因為剛剛翁醫師所說的個案應該是從後手的觀點來排除，因為如果後手中間有個根管治療，那次的再補就是合理的，那顆應該扣掉，但現在都是呈現前手，其實也要做 1 次後手的分析，再把翁醫師說的扣除，這樣才合理。好，那其他的大家還有沒有意見?

林鎰麟代表

其實不管是診所還是醫院，都會有極值，像表上面的 1 年 32 顆，就沒有討論的需求，1 年 32 顆這個，那他 1 天要補多少顆，而且像是北榮玉里，第 1 年也才 55 顆，所以我覺得這個量…。

主席

對，是分母可能很少，但是他補了就有 5 分之 1，也就是補了 10 顆就有 2 顆要再補。

林鎰麟代表

對，我的意思是這個沒有排除掉醫缺，就是全部算在裡面。

主席

當然，這裡沒有排除醫缺。

林鎰麟代表

對，像是豐濱的原住民醫院，他沒有常駐的牙醫師，只有 1 個支援的牙醫師去，只有做巡迴，可是那邊本來就是無牙醫鄉，本來就沒有牙醫師在那邊，所以你說品質要再做到多好，很困難。

主席

如果沒有牙醫師，去的是支援的牙醫師，那支援的牙醫師品質不好嗎？我可以理解你說他只有補 32 顆，他有可能一年去補了 32 顆，也有可能是去一天補了 32 顆，他的分母是小的。

林鎰麟代表

所以這個醫師他也很無奈呀。

主席

所以，我覺得我們後手也要分析，不能只分析前手。

林鎰麟代表

而且極值我想也要排除。

主席

要排極值，分母小的要拿掉。

林鎰麟代表

沒錯，我覺得這樣才合情合理。

主席

好，我們的分析可以再修正，但這個議題，我們的牙醫團體意見如何？請，黃醫師。

黃福傳代表

這個統計我覺得有盲點在，假設這顆牙齒，上一個醫師補了咬合面，但是下一個醫師補的是牙根，這種情形一定有可能會發生，而且時常為遇到，所以你要前後比較，那就要前一個牙醫師補的是咬合面，後一個醫師也是補咬合面，這樣統計才有意義。

主席

我們的醫令看的出來嗎？

醫務管理組 吳科屏副組長

當然會有部分是不同部位的問題，但比例這麼高，還是要再去了解一下他的狀況。

主席

因為這個報告是前一手，就是代表他補的牙是不是都被別人再補一次，在保固期又在保固一次，所以就是前手的補牙品質是不是還有討論空間？當然，我們林代表提到如果分母太小可以不要處理，但是就算分母小的不看，也是有很多分母大但比例也很高的，這顯然就是一種異常，關於這個全聯會的態度如何？

許世明代表

我們今天看這些資料，有些再填補率真的有偏高，可能會有品質上的疑慮，但事實上如何，就像主席講的，可能還是要再看一下後手的部分，有時候也有可能是後手的問題，所以我們後續還會針對這些資料再作討論，因為目前所有輔導都是針對後手，這是第一次看到針對前手的分析。

主席

會先分析前手，是因為本署同仁認為有可能是前手品質不好，而後手是逼不得已的，這就是看你從那邊看，兩邊都可以看，兩邊都可以分析，看法也會不一樣，但這件事情依然是個問題，因為他也不是平均分配，一人一顆而已，某種程度是集中的，在座醫師都沒有，可是就是有少數醫師有，而且少數比例偏高，所以不管是前手品質或是後手因為不可抗力因素要排除，這都可以納入考慮。

林敏華代表

有些數字很誇張，比如說簡報第 16 頁，南區的某診所補了 800 多顆有 300 多顆要重來，這怎麼看都覺得很奇怪，而且我們支付標準都改過，可以跨院累積。

主席

說不定有恃無恐，就開始跨院累積了，所以這都要檢討，我們支付標準雖然是這樣，但是如果有問題，我們還是要修回來。

林敏華代表

還是要有監督，如果有些東西放得太鬆，明年是不是要再看這個指標？像若瑟醫院也是，數字都有些誇張，到底是怎麼回事，我們也是滿好奇的。

主席

比例高的確實很難理解為何會如此，所以我認為全聯會也要再研究，看要不要把支付標準改回來，是不是這個案子也要比照上一案，也是到明年的第 1 季，再看看全聯會這段時間是不是要去了解品質，總是要一個說法，否則大家還是要這樣你來我往，說一些極端案例，那就只好把支付標準修一修，這樣比較公平，不然沒有在這個榜上的人，大家都把品質做得很好，反而那些人都不能重補，列在這裡的人就一直被重補，這樣也是不公平的制度。

王棟源代表

我覺得，現在都是分析前 1 家院所，是不是也把後 1 家院所分析一下？然後在明年第 1 季再拿出來看一下，應該就會知道有什麼問題。

陳雅光代表

大家可以看一下這些院所名單，在台北分區的很少，都是在偏鄉，在結語也說東區最高，高屏次之，恆牙也好、乳牙也好，都有這樣的趨勢，在這些極值當中，我也有看到確實已經停約的，所以確實我們也會去關注，但是普遍性來說，像我們在推動高屏區的乳牙，如果是做乳牙冠的重補率就很低了，但是一個乳牙冠 2、3 千，很多小兒牙醫師跟我說很少會願意做，10 個當中只有 1、2 個會做，他還是不願意花 2、3 簽自費項目做這個，就覺得乳牙會換呀，你就再補就好了，不然就是塞個牙縫，那我們是很鼓勵醫師跟病人說這個東西，但是都有它的相對困難度，如果一刀砍的話，就只會看出來城鄉差距，這是我小小的建議。

主席

請看簡報 15、16 張，小○診所有醫師補了 800 多顆，300 多顆是被重補，上面一張簡報也是這家，補了 2000 多顆，400 多顆重補，所以這家診所某醫師就被重補 300 多顆，全診所被重補 400 多顆，80%是同個醫師被重補，那到底是怎樣？是他品質特別不好？很難講啊，你看一家診所分母不小，一個醫師一年補 800 多顆，不少吧？但是有 300 多顆被重補？這家診所不只有這個醫生。

徐邦賢代表

據我所知，小○診所在轄區是目前為止比教學醫院更多小兒專科的醫師，所以台南市有一定程度的小兒牙科病患都會轉到這裡，至於為什麼會被補這麼多顆，我們牙科自律甚嚴，讓我們認識一下資料之後，再來了解為什麼會這樣，因為在我們的認知裡面，照理來說專科診所應該不是這個數字，所以讓我們了解一下，後續再做一些分析報告，我只能說他是一個非常專科的小兒牙科診所，超過 14 歲的病患他會轉到其他家去看，他只看 14 歲以下。

主席

謝謝，我想特別的例子一定有特別的原因，要不然不會這樣，你看這裡也是阿，B 醫師填補 200 多顆，有 73 顆被重補，這個也是第一名喔，這可能是 B 醫師一個人的診所，可能還有支援，但全院 76 顆，自己就是 73 顆，所以這一定有 something wrong。好，這個案子就比照上一個案子。干委員，請。

干文男代表

既然都知道第一名的診所是誰，那有沒有辦法分析到那個醫師？

主席

有，簡報第 16 張投影片。

干文男代表

那牙全會應該有輔導的必要。

主席

好，那我們就先到這裡，今天不會有結論，但是這事情我們是重視的，資源的分配我們也很在意，品質不好我們也很在意，並不是錢花了就合理，明年第 1 季再

請全聯會提出看法，必要時候我們也會去修改支付標準。好，我們就到這裡。

簡志成代表

想確認一下，乳牙我記得是一年、恆牙是一年半，這邊都是寫一年半，是不是程式邏輯設定有問題？

主席

結語寫錯了，表格上恆牙都是寫一年半。

醫務管理組 宋兆喻專員

報告主席，是誤植，乳牙是 365 天。

簡志成代表

好，確認一下。

主席

好，今天的資料都會上網，再麻煩醫管組這邊要留意，把院所名稱、醫師 ID 都遮蔽起來，如果是給全聯會就不用遮蔽。不要全遮蔽，是要留一個字，不然看起來都會是同一家，那如果有文字錯誤的話，就更正後再上網。大家還有沒有意見？沒有意見的話，這個案子就討論到這裡。接下來第 7 案之前，我先徵詢大家，為了健康，希望能休息 10 分鐘。好，謝謝。

報告事項第七案：各區共同管理經驗分享

主席

我們回想為何有這個專題，因為上次高屏提出我們牙醫師最老、女性比重、要考量未來牙醫師的接續，可是又有人反映高屏的點值超過 1 點 1 元是如何做到，所以要相互學習。目前看來高屏的牙醫師年齡沒有特別老，平均年齡大家都差不多，只有東區比較老。女性都是占 40%，各區都差不多。牙醫點值都還不錯，南區、高屏都接近 1，東區很早就超過 1，現在差距比較多是北區及台北，台北是差距最大的。就醫師數大家都有一定成長，今天各分區花很多心力在分享他們的管理策略，確實各區都不太一樣，各個代表都是各區主委或幹部，的確是可以相互學習。請問各位代表有沒有意見。

邱昶達代表

我是醫院代表，醫院有三個主要特色，第一有社會責任、第二他有很多特色醫療，診所可能不一定會作，第三是層級落差很大，醫學中心、區域醫院、地區醫院每個層級的需求不同且散佈很廣。最近各分區健保委員會在改組，比如台北分區他有 40 個名額，只給醫院 1 個名額，照理來說醫院代表至少 10%，代表學會小小建議，是不是在不影響現有委員的名額下，各分區給我們醫院代表一些功能性委員。

千文男代表

這個各分區的相互學習是非常好，不知道其他總額有沒有，如果沒有的話是不是要比照。

主席

各總額都有。

千文男代表

請問有沒有獎勵？另外請教第 7 之 36 頁，請問簡單性拔牙與非簡單性拔牙差異在那。

翁德育代表

感謝各個分區業務組盡心盡力，在費用控管事實上各分區都有特色，跟大家分享，第一我要提醒，我們牙醫部門事實上是百分百跟著投保人口作預算分配，希望我們醫療資源可以跟著點值不同而有所不同，希望六分區點值排序不要變更，事實上台北點值最困難，接續為中區、高屏、北區、南區、花東，希望這個排序不要因為大家想把點值提升而改變，一改變排序就非常亂。

第二，四個總額部門就牙醫這幾年的城鄉差距是擴大的，也是令人擔心，如果可以的話，六個分區也可以在這個區塊上努力，但這努力不限於在醫缺，醫缺專案我們已經作很久，也不要僅著重在今年通過的弱勢鄉鎮獎勵方案，希望六分區在城鄉差距，在抽審、輔導辦法都能有所呈現，今天書面有但可能來不及報告，應該講說在城鄉差距是一國六制，希望這差距可以逐年減少。

第三，在周六、周日假日看診，今天高屏業務組也有呈現在 7-67 頁，大家可以看到六個分區假日看診率是不太一樣，有 2 個區域是比較低(台北、中區)，台北

有往上的趨勢，中區則是往下降，這應該是跟該分區的行政措施有關係，周日看診的醫師我們都很敬佩，希望有一些誘因能讓假日看診的醫師意願更高，大家一起來努力。

第四，明年我們感染管制的單一診察費，事實上每個分區都有，希望分區和分會一起來努力，很多會員對這不熟悉會有一定的難題。

第五，對於牙周病統合照護方案執行率六分區有差距，而且年跟年差距非常大，顯然受到行政措施(正向或負向)影響相當大，但是我也拜託大家這個方案已經作了很多年，也一直在鼓勵，是不是可以像台北分區方式來學習，現在牙統院所執行不到5成，另外5成有很多人是有能力執行但我們不清楚為何他不作，如果真的沒有能力我們也不勉強，有能力的院所我們應該要去關心一下，以上。

主席

剛剛邱醫師提到各分區的共管委員要適度把醫院納進來，請各分區下次共管會議要組成時有醫院代表參與。

邱昶達代表

不好意思，我說的是各分區的健保委員會。

主席

你講的是那個委員會？那應該是分區的共管會議吧？

邱昶達代表

對，是共管委員會，跟健保會的委員會不一樣。

主席

是跟本署開會的嗎？那就是共管會議，那我剛剛講的沒有錯，我不知道各分區的共管會委員有沒有你們轄區醫院的代表。

邱昶達代表

有，但只有一位，希望比例能夠多一點。

主席

這個比例應該是可以再調整，讓醫院的牙醫師有參與的機會。

許世明代表

事實上，前幾個月醫院牙科協會的理事長有跟我們談過這件事情，也有把建議的名單給我們，全聯會也轉給各分區，做為下屆聘任委員的參考，這件事情已經有在處理了。

主席

麻煩分區收到名單之後，下一次要重聘的時候，就多多邀請醫院牙醫師代表來參加你們的共管會議。第二個是干委員講的獎勵，我們大概都會適度，尤其是分區表現很好的都會提自己的獎勵案，署本部都會通過的，非常鼓勵同仁的努力，這點請放心，其他翁醫師提了很多，都是講給你們自己的人聽，對不對？那大家都聽到了，唯一有一點我們不太贊成你的說法，你說點值的排序都不能動，這句話我一點都不贊成，沒有這種事情，沒有點值排序不能動的事情，分區的共管沒有規定說誰一定要排在第幾位，對不合理的一定介入管理，分區基於不合理而去管控本來就是應該的，如果點值大家一起趨於合理不是很好嗎？

翁德育代表

我的意思是這樣，不是非得都一定要照這個順序，而是因為我們是按照 100%按投保人口比例來分配分區預算，但按照醫師人口比，排序是這個樣子，如果大家認為有很多不合理，那當然可以做很多處理方式，但是不要因為這樣去競爭點值的排序，讓點值的排序改變，我們可以看到這幾年的故事很清楚，高屏兩年前點值排序太差，所以他們做了一些努力，結果太努力，結果點值就一直上來，上來以後中區又受到壓力，也要開始努力，現在問題是北區，好像別人都很努力，他好像不努力，實際上他也很努力，我的意思只是這樣，大家不要太在意點值的高低，如果太在意而去做了特別的東西，讓點值排序改變而造成其他分區有些效應。

主席

我想現在的管理有不合理的地方，大家可以在共管會議討論，如果管理合理，就沒有所謂的點值一定要多少才合理，不是要點值排在第幾名才合理，分區的同仁都在這裡，不合理就要處理，沒有點值排序問題，也沒有在比賽點值，如果你認為這裡點值低合理，那就你們認為合理，共管也合理，但如果有不合理當然要處理，我們不是在做表面工夫，那又何必共管？花那麼多成本幹什麼？所以我認為

這個說法，不是大家拚點值，發現轄區發現不合理就要管理，否則分區那麼多委員要來開會，為什麼而開？我們如果不做事，就讓點值這樣擺著很舒服，那就不用共管了，總額的精神就是要讓合理的留下來，不合理的要共同處理，我還是重申點值沒有排序問題，分區也沒有這種觀念，該處理就要處理，共管就是要發揮精神，如果轄區牙醫團體覺得點值很高或很低，要如何去看，那就是你們共管會議要去討論，因為100%論人，如果大家點值都可以很好，那就把不合理的拿掉，合理的要留著，這有什麼不對？所以還是重申點值沒有排序問題，其他翁醫師所提的是要講給大家聽，因為有些分區做了什麼東西很好，大家回去看看有沒有要學習的，或者是管控當中有沒有需要努力的。至於全國性管控的問題、牙周病的問題，都是今年總額協商的重點，至於城鄉差距的問題，確實是牙醫很大的問題，那改天我們再來尋求對策，這個案子我們就先交換意見到這裡。接下來，討論事項第一案。

討論事項：牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧感染控制訪查抽樣比例

醫務管理組 劉林義專門委員

這案就是上次會議留下來的感控還有一項沒有討論，到底抽查的比率多少，巡迴及特殊是在第4點，牙全會建議申報加強感染管控制診察費抽查率不低於4%，未申報感染管控制的就抽查4%，巡迴醫療跟醫療團的部分，像社區醫療站，台北是抽查2，巡迴點115，北區是0，中區是8，醫療團的部分，就是看起來沒有一定的比例，可能要請牙全會說明一下，建議巡迴點跟社區醫療站各分區至少1個，不然我們認為有點低，那在第6頁，我們的資料在巡迴點這邊有誤植，我們建議的抽查數量是每個地區巡迴點抽查6個，社區醫療站如果有設立，則至少抽查1家。第2點是矯正機關的部分，我們也建議至少抽查1件，第3個是特殊醫療照顧的部分，因為有比較大的差異，是不是由分區來表示意見到底抽樣比例要多少？最後是抽樣比例要訂在那裡，前次是說是要回到各個計畫訂定，但我覺得這樣會比較複雜，建議是否就在這個加強感控管制方案，也就是附件1，我們就訂在這裡，第6點這個部分，把抽樣比例訂在這裡，有關下列這4個，就是巡迴醫療站、巡迴點、矯正機關跟特殊醫療照顧的部分，待會就是看決議如何，就把文字寫在這裡，以上簡單說明。

主席

為了節省時間，現在就跟牙全會這邊一一確認，第一個看巡迴點，這邊的建議大家同意不同意？

簡志成代表

剛剛專委有提到想要把所有的抽查比例寫到這個方案裡面，既然這些都是不同方案，例如醫缺、巡迴醫療站、監獄、身障，因為都是外展範圍是不是可以把它統整在一起，比如說台北分區有 115 個巡迴點，2 個社區醫療站，那就全部算在一起，一起算出一個比例。

主席

這樣有比較好嗎？萬一算出來一個比例，那你要怎麼回推到巡迴點要抽多少比例？

簡志成代表

因為這些都是屬於外展的。

主席

是阿，那我問你，台北區加起來 154 個，我們抽 10 個好了，那要怎麼抽？

簡志成代表

那就從這 154 個裡面隨機抽。

主席

那就有可能都會抽到巡迴點，因為巡迴點最多。

簡志成代表

那就屬於平均分配。

主席

那也有可能矯正機關都沒有抽到。

簡志成代表

但這也可以避免一個情況，有些地方社區醫療站只有 1 家，結果每年都要抽他，

那他評估之後乾脆退回去當醫療點。

主席

這也是的道理。

簡志成代表

那這樣當初設立醫療站的精神就沒有了，而且我們要鼓勵大家設立醫療站。

主席

你是覺得大家會不喜歡被抽到？如果他感控做的好為什麼怕被抽到？

簡志成代表

是沒錯，但是有些人去那邊做，但他知道就是只有他1家，所以每年就是查他。

主席

不是阿，你感控做很好怕被查嗎？

簡志成代表

這不是怕被查的問題，而是整個行政流程的問題，舉個例子可能不適合，以買車而言，第6年開始每年都要驗車，結果很麻煩，你就會換車。

主席

不會啊，怎麼會怕驗車就去換車。

簡志成代表

我的意思是說這些都是外展的，應該標準一致。

主席

好啦，簡醫師的意見大家有意見嗎？大家都同意。那我們這邊有沒有意見？好，韓專委。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

我們當初跟主席的想法一樣，雖然他們都是外展機構，但是型態還是不一樣，所以還是建議不管是巡迴點或醫療站都還是要抽到，矯正機關也是不同型態，那簡醫師的意見，假設是1家的部分，大家會議上面可以再做討論。

主席

因為這是第1次要去看外展機構的感控，那我們少數服從多數，我們也不堅持，你們覺得怎樣比較好？我們也是希望不要有不公平，所以簡醫師的意見大家同意嗎？同意，那我們也同意，那這樣我們還要有個比例。

簡志成代表

比例的部分，我想先請教一下當初說要6個，為什麼要6個？是用什麼比例算出來的？目前來講，現在這些外展單位的實地訪查有困難性，因為交通上就會比較差、比較遠，我們建議比例是設在3-4%之間，剛剛也有跟各分區討論過實地訪查要投入的人力，可不可以先用3%做基礎？

主席

4%吧。

簡志成代表

4%是41家吧？3%是31家。

主席

不要啦，就4%。

簡志成代表

可以啊。

主席

4%已經比原本我們寫得少了啦。

簡志成代表

好，可以。

主席

好，那就4%，抽到那裡就去看。來，林委員請。

林敏華代表

我這邊是有個看法，因為巡迴點跟醫療站的數量真的差太多，所以有些地區的醫

療站搞不好 10 年過去根本都沒抽到，我建議比例不變，但是不是分開抽，也不要分各區，醫療站也才 20 幾個，有抽過的就排除掉這樣。

主席

這又會變成說，其實巡迴點更需要去看，社區醫療站說不定還做得比較好，因為設備，現在是巡迴點更需要去看，那巡迴點數量最多，被抽到的機率也很高，所以應該是還好，林委員，第 1 年先按照他們的意思，第 2 年我們再來看看查的怎麼樣，再來調整，這樣會比較好。

鄭信忠代表

剛剛討論的，我覺得公平啦，抽樣最主要是要有代表性，你本來數量多的就要多抽，這樣才有代表性，所以說我建議用 proportional sampling，按照裡面的比例抽出來，你先設定總數要抽出多少，然後按照比例來抽，例如 115 占 824 多少%，51 占 824 多少%，假設我全部要抽 50 家，就以這個比例去抽，這樣才公平、有代表性，而且這是很科學的。

主席

鄭老師，其實就是這個意思， $824+22+53+144$ 是多少？1043，那抽 41 家就是照各區的 proportion 去分配。

林鎰麟代表

那個數字，175，我們只差中區而已，就是我們的巡迴點事實上就是學校，而且幾乎都是 50 人以下，所以你去查的時候，我們可能就已經不會再去了，去的時候我們已經結束掉了。

主席

為什麼？

林鎰麟代表

不然你一年去只有 20、30 位小朋友，要為了你這個 SOP 特別排一天去？

主席

是你定期要去的時候跟著一起去啊？

林鎰麟代表

他沒有定期都去，今天我第 1 次來，所以我想說是不是很多事情都要考慮偏鄉實際執行的狀況？

簡志成代表

我想林醫師的意思是，巡迴的時間不是那麼固定，技術層面問題我們會在我們的會內再做討論，比例則是以這個為原則，那如果有些班表上已經沒有的，沒有抽中而是列入以後或是怎樣，技術上我們再去做研究。

主席

我們今天只討論抽樣比例，其他技術的排程會後再說，剛剛鄭教授講的是對的，也是這個概念，就是 4%，41 個點要去查，按照分區分布，照比例去抽，抽到就去查，好嗎？如果沒有意見，這案就通過，請寫入 SOP。接下來請看大家關心的臨時動議，請牙醫全聯會說明。

臨時報告案：全部牙醫院所嚴謹執行感染管制增加新項目提升診察品質

翁德育代表

請看簡報，我們今年的成長率方案裡面，要跟大家提的是，全部牙醫院所嚴謹執行感染管制增加項目，提升診察品質。那我們怎樣增進品質，就是增加種子牙醫師、牙醫助理，一對一的輔導，全國舉辦說明會，線上諮詢等，盡量讓所有院所進入到這一塊，萬一還有院所執行不好，訪視之後核扣費用，複查不合格繼續核扣費用、違約記點 3 次就停約，我相信這是宣誓我們的決心，保障民眾就醫安全，那感染管制增加新項目提升診察品質，那天健保會很多委員誤會，以為這是增加支付標準的診察費，可以用醫療服務成本改變率來反映，但我們是感染管制增加很多新項目，如果預算通過，明年感控基礎項目就有 15 項，那現在要求的有 16 項，新增加的項目有 17 項，配合 109 年協商，如果沒有預算，那就僅供參考，為什麼會有這些，這都是疾管署的指引，這些很多都是鄭老師所提到的指引。那建議修訂的項目裡面，簡報上有紅色、藍色文字，紅色文字是新的要求，新要求是在原先表 4 的 A 表或 B 表，那把這些納進來了，就變成是新的要求，藍色文字是我們新增的要求，這是以前都沒有，這本裡面都有，請大家有空再看，請大家看第 9 頁，特別說明今年重點是一人一機高速手機，因為以前高速手機沒有規範

要怎麼去消毒滅菌，以前大概是做到滅菌程度就可以了，那我們現在指引規定一定要消毒，總共有 5 個項目，包括洗牙機頭都一人一機，我們都把他列進去，直接翻到第 18 頁，這些項目我們再去除以病人人次，這些是我們怎麼算人次的來源，健保人數可以算，但是怎麼換算自費人數？因為每年滿意度調查當中都有自費人數的比例，7 年的自費人數比例大概是 9% 左右，大概是占 9.6%，再去換算每家院所大概會看到多少人數，再來是高速手機不是每個人次都會使用，會使用這個醫令的大概是 66%，第 19 頁我們計算診察費，牙醫部門診察費是感染管制診察費，我們預計明年只剩感染管制診察費，診察費通則就是包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

再來是第 21 頁我們依據診察費通則列出以下成本，用人成本的每分鐘每人成本主治醫師 39 塊及護理人員(助理)為 5.9 塊，這是前幾年切一個每人每分鐘的成本，其他我們沒有意見，但是在耗時的時間上，我們主治醫師只有增加 1-2 分鐘的時間，我們助理增加的時間更多，為什麼工時會增加，因為感染管制裡面，要做很多新項目，增加許多新耗材，增加很多設備折舊，還有增加很多工作人員的時間，那助理的 30 分鐘是最低的要求，那接下來，有些耗材，耗材內容都在前幾頁，設備費用折舊我跟大家稍微報告一下，大概是診療椅、消毒鍋，那為什麼診療椅會跟感染管控有關係，因為病人只要接受診察就要躺在診療椅上面至少 10 分鐘，那診療椅就會有它的折舊，那消毒鍋這些東西都是依據感染管制及診察費通則所編列的。接下來，在下一張投影片，大家可以好好停下來，醫療服務成本改變率做了這麼多年，到底是在反映什麼東西，第 1 項是人事費用，那人事費用的公式是反映什麼，每人每月平均薪資，這代表什麼，如果是平均薪資的上漲，他可以反映，但如果是總量增加，就不會反映在這個公式上面，所以我們一直強調因為感染管制新項目增加，我們配合疾管署的指引，會增加很多工時，也會請比較多的助理，那平均薪資會增加嗎？不見得會增加，但總工時會增加，但並沒有辦法反映在公式上面。請看下一張，第 13 頁，看最右邊指數部分，這些指數都是相對去年有沒有上漲，都是相對年跟年之間的改變，如果是增加新耗材，是不是能反映出來呢？事實上是不能。那我們是怎麼去編列這次的費用，是以每人次增加 80 點去編列預算，新版本的成本分析感染管制診察費是 690 點，那我們今年編列感染管制的成本分析只有根據多的 80 點去編列，大約是 26 億，而且是

扣掉醫療服務成本指數改變率之後，大約是 19 億，分成兩個年度來編列，以上。

主席

好謝謝，請問有人要補充這部分嗎？沒有，請問付費者代表這邊的意見。

林敏華代表

這個部分要到健保會討論，這邊不方便表示意見。

主席

好，但是今天要跟大家談的是你們提出來的是成本，這個成本是 690 點，這個牽涉到它就是一個支付標準，所以我們需要討論這個成本，這個成本將來到健保會也是牽涉到總預算要編多少，所以需要談成本，我們就針對您們所提出的成本來表示意見。請支付標準科說明。

醫務管理組 王玲玲科長

簡單就成本表說明，就全聯會所提 690.8 點這項成本，第一，成本分析一定要提供整個作業流程，就是感染管控以病人為單位，從病人進入診間開始，這項服務從前期、中期、後期，我們大概提供什麼樣的服務步驟、耗用的時間、耗用的人員數、耗用的不計價材料、藥材、相關的設備，所以作業流程一定要提供，我們才有辦法做成本校正，這是第一點說明。

第二，診察費整個成本，就全聯會提供的內容來看，有一項很重要的是有很多地方跟處置項目的成本重疊，比如病人坐到診察椅開始，從吸透管、戴上拋棄式圍巾，每一個處置項目也同樣都有這些耗材，不管是洗牙、補牙，這些項目都是一樣的，就像杯子，我們現在看逐項的成本，我們如何區分這是診察費的成本還是處置項目的成本，因為從診療開始，這些是一連貫的服務項目，它可能會做很多項的處置，這裡就會有成本項目重疊的問題，這要釐清。另外從用人成本，醫師每分鐘成本 39 點是比照西醫成本項目，耗用時間是 10 分鐘，這裡有特別提到護理人員(牙助)，這裡的成本是 5.9 點，耗用時間是 30 分鐘，剛剛翁醫師有稍微提到，他可能要做某些項目所以要 30 分鐘，但是就診療項目尤其是診察費，他應該就是一個醫師處理，護理人員是一個跟診行為，耗用 30 分鐘要請全聯會再詳細說明，另外這裡列了護理人員成本，代表這個感染管控的診察費是全程要有護理人員在旁執行，但是我們目前統計出來診所數 6,719 家裡面，有專任護理人

員只有 176 家，那牙助不等同護理人員，所以他不能用這樣的成本分析，今天牙助如果不是醫事人員他是行政人員，行政人員所有的費用是列入作業及管理費，不能單獨列項用於用人成本，這地方請全聯會再考量一下。

另外在不計價材部分，包括感管的教育宣導、員工定期檢查、醫療責任險及水電費，這個不能列在不計價材，這些都是屬於作業及管理費用，不能在這邊單獨列項。

另外有一些項目，手套會用到 5，雖然價錢不高，這個要請您們說明，一位醫師及一位護理人員，兩個人為何要用到 5 個，這個要解釋清楚。

再來是設備費用這段，像廢棄物清理費這是屬於作業管理費，電子設備維修合約這是屬於維修費用，這都不應該列入設備費用。

再來有一項重要是說，感染控制的診察費，這裡所列的每一個項目都是每一個病人一定都會用到的嗎？如果每一個病人都會用，成本才能這麼列，如果沒有的話應該要按照比例攤提。

主席

可以舉例嗎？

醫務管理組 王玲玲科長

比如說消毒鍋，可能一次可以消毒 8 包器械，可能就是 8 個人共用不是 1 個人，這裡的分鐘數就不可以計算 1 個人，要攤提。

翁德育代表

這邊已經攤提，這邊有計算公式，如果大家有看就會清楚了。不好意思，講完我一起答復。

醫務管理組 王玲玲科長

所以紫外線殺菌箱這裡耗用 60 分鐘，這個是 1 個人一次嗎？

翁德育代表

等一下細項我再跟你說明。

醫務管理組 王玲玲科長

OK，基本上成本分析表裏面有一項比較難區隔的是，跟處置服務項目怎麼去區分，

以上。

翁德育代表

牙醫部門的診察和處置費用比較難切割，但仔細切它還是很好切，什麼是牙醫部門的處置及診察費？你還沒做處置之前都是叫診察，我舉高速手機來講，為什麼沒有計算他的壽命、折舊是多少？如果是這樣算，它應該在使用牙體復行、根管治療時使用到高速手機，所以他會有設備折舊的問題。我訂的是因為我做了感染管制，所以要進入到高溫高壓鍋消毒，平均一個院所一個醫師平均一個診看 8 個，如果他只做表面初步消毒他可能 2-3 支手機就夠了，但我今天要求要進到高溫高壓鍋消毒，至少每個診要消毒一鍋，平均每家院所每個醫師平均一個診看 8 個左右，所以就要準備很多手機用，以我自己診所是準備 40 支手機用，原因就是我們進高溫高壓鍋，因為進高溫高壓鍋前、後，必須採用大量的手機來因應，這個不是設備的問題，原因這是我們做感染管制都要用的。

我剛剛所提到的務實，手套應該是計 2.5 個才對，流程我們有剛礙於時間沒有辦法講得非常細，如果你看不懂，我們還特地把他拍成圖，請看從第 11 頁開始，這個就是圖，沒有用文字說明是因為拍圖可能大家看得更清楚。

另外剛剛大家提到的護理人員，那不是護理人員，那是行政人員，我記得護理人是 7 點多，我們引用的是行政人員 5.9 點，為什麼是 30 分鐘，原因是我們是感染管制診察，在病人坐上椅子之前他必須要做很多工作(消毒、滅菌)，包括開診前準備，這些都是分鐘數，如果只有跟診不會算在感染管制，跟診要算在設備、處置那邊的費用，開診前的器械誰要消毒？消毒一個高溫高壓消毒鍋要 80 分鐘以上，總得有人要去看、準備、打包等，事實上我裡面都寫得很清楚。至於費用如何算？以一個人來切很難算，以消毒水舉例，我用消毒水一個月的用量，去除於每月平均看診人次，我沒有吃豆腐，我健保和自費人次都有計算，我是算使用健保人次的占率。

很多診察提到的四合一器械包裝也都是屬於診察，不屬於設備、處置，因為你在做處置時，例如我們在洗牙會用到洗牙機，這是洗牙上的處置上的成本，如果是跟管治療就會使用根管治療的成本，不管今天使用什麼，前面你就是會使用到四合一器械消毒、滅菌、打包等，所以都算在診察上，我們真的切的滿清楚。

只要是我列在耗材上，這些都是疾管署在指引上指定的，但是我加了一些但書，

有些像化學指示劑，包內一張、包外一張，每張成本 10 塊，一個人次 20 塊，真的要有預算才能做，如果沒有預算不做我們覺得也還好，我們是針對預算才決定這個項目要不要做，如果這個項目拿掉 20 塊就沒有在這裏面。

醫務管理組 王玲玲科長

我覺得還是沒有回答到我所提問的問題，剛剛翁醫師所說這邊所有的不計價材都是為了這次感染管制所新增的程序及項目。

翁德育代表

我這個 690 點，就是沒有所謂新不新增，就是全部的東西要做到要 690 點。

醫務管理組 王玲玲科長

我的疑問是說，像是膠膜這點我可以理解，這是包覆在把手等，你可能帶著手套去摸到的部分，但是像吸透管、紙圍巾、漱口水、漱口杯這些東西，不是只有診察會做到，例如洗牙也會包括在洗牙處置的成本分析裡。

如果這些病人就像我剛剛所講的只做單純檢查，他的費用應該涵蓋在這裡，可是他如果加了其他的處置項目後，這裡的費用是有雙重給付的問題。

翁德育代表

今天病人如果來做一個簡單檢查，漱口杯他的費用應該算在那裡？他沒有作處置。今天病人來做診察加處置以後，這個漱口杯你又把他處置再算一次，那是不合理，問題是我們處置根本不會算到漱口杯。

剛剛我們在算根管治療成本分析有沒有算到漱口杯，沒有啊，我的意思是成本分析算在那裡的問題，如果我今天把漱口杯的成本算在診察費，那我到處置費又給你再算一次，當然是我不對，可是我們沒有這樣算，你可以看我們每年根管治療點數分析有沒有提到漱口杯的問題，沒有阿。如果有我們可以把它切開，這是這個東西算到那裡的問題，你把它放在診察很清楚，因為病人坐上來就是要漱口杯、漱口水，這是邏輯的問題，以上。

主席

為什麼主治醫師 10 分鐘？不知道你是如何定義這 10 分鐘。

翁德育代表

就是診察時間，我們還有一張表有說明，其中一大部分是病史，從他開始陳述主訴開始這就是診察的開始，一般民眾會覺得我問了 10 分鐘問題，結果你看了 10 分鐘，那你到底是治療 10 分鐘或 20 分鐘？根據我們診察的定義，從你陳述主訴的開始，我們就要開始收集病史，這些就是診察的開始，診察開始很多是用來收集病史，包括理學檢查，因為現在每一個病人都要上雲端查詢，因為有 2 年的醫令要看，比較特殊的病人我們要看雲端藥歷，之後再去作理學檢查，有的快、有的慢、有的需要、有的不需要，這是一個平均數，我記得跟上次提的增加 1-2 分鐘，原因是 IC 卡查詢雲端藥歷，還有看完病人一定要洗手，不是就直接換手套去看下一個病人，現在規定我看完這個病人除了要換手套，還要去洗手，還是確實符合洗手的五大步驟才可以看下一個病人，以上。

主席

第一，這個時間是如果每個人都照翁醫師所說去作，也許這個時間是比較接近，但是我們經驗好像沒有一個醫師是這樣作。

第二，你說牙助一個病人準備 30 分鐘，不包括跟診，在病人坐在診療椅之前就有 30 分鐘準備感控。

翁德育代表

跟大家報告，因為你們都沒有看到我們準備之前的工作，今天在開診之前，裡面所有的器械都要在開診前完成，開診前如果要看 8 個病人，要準備 8 個人份器械，我們要做根管治療等全部都準備好，這些我們都要準備清潔、浸泡、打包、進高壓鍋、拿出來要乾燥，這些時間加起來大約 2 小時，

主席

可是他這 2 小時是作 8 份，2 小時除以 8 也不到 30 分鐘。

翁德育代表

2 小時是作那鍋，還沒有結束，那是開診前。開診時助理必須在旁協助，醫師看診 10 分鐘助理也必須在旁協助 10 分鐘，包括開器械包、雲端查詢電腦後告知醫師或書寫等，我們沒有算根管治療所花的時間。跟診結束後我們要開始準備清潔，醫師可能結束但助理要做清潔工作，檯面要清潔、器械要清洗及浸泡維持容液等，這些通通是時間，每個病人看診完，助理還要把這些事情作好，在治療下一個病

人之前要把這些通通弄好才可以。接下來是看完全部診後，他還必須把這些東西通通拿去消毒等，還有診間清潔，剛剛的器械只要汙染就通通不能放外面，這些通通弄好真的不只花這些時間，30分鐘是最基本，大部分是花在消毒/浸泡器械的時間，我知道這真的很難理解，如果可以實地去看大家會比較容易理解。

主席

確實要實地去看才會比較理解，確實我們從病人的觀點很難感受到這些時間，消毒的費用、設備這些成本理論上是每個病人全程都會用到。比如你剛剛說到器械它是一鍋消毒，他不會只為了診察器械而消毒，他是處置部分都一鍋消毒，但是有些器械用在洗牙、有些用在根管治療，它是一鍋一起完成的，所以你只有除以6次的診察費去算那鍋的時間，其實我們看牙齒有很多時間是放在處置，我覺得有經驗的醫師診察時間不會花太多，而且我們的病人都是老病人，不是每位都是新病人，我們的忠誠度那麼高，所以這個病人從進來，並不是像您所說都要從頭問一遍，一進到診間電腦就呈現狀態是什麼，要作什麼，根本花不到那麼多時間才進入到做處置，並不是你講的那樣，你講的也都沒有錯，但是現在並不是每個人都如你所講都重複這些動作，所以這些成本分析確實有討論的空間，我也這麼認為，我們同仁的分析也都非常對。

另外你們所講的護理人員，其實你們有專任護理人員真的很低，真的都是牙助。因為6千多家中有專任護理人員只有176家，這邊的費用是？

翁德育代表

這是行政人員費用，護理人員是7點多。

主席

玲玲科長這項費用在成本分析應該如何列？

醫務管理組 王玲玲科長

行政人員費用是放在作業和管理費用。

主席

因為我們有作業管理費用比例，現在比例是多少？診所是多少？因為他是一個共同成本，因為我們成本分析下面還會列一個作業及管理成本，他有一個固定比例。

醫務管理組 王玲玲科長

6.4%。

主席

所以你會變得重複，事實上 6.4%是醫院的標準，不曉得診所的數字，看起來這個成本分析是有討論空間，並不是你說的這樣。

翁德育代表

我跟主席請示一下，我們現在提供很簡單，牙醫助理的分鐘數大概是這樣，要編在那裡，反正署這邊有一定模式，我們絕對尊重，我只是很清楚告訴大家有這樣單位的分鐘數。

再來剛剛提到醫師的 10 分鐘可能有問題，我們覺得這是可以討論的。

主席

為什麼我們今天對這件事情這樣在意，馬上就要總額協商了，因為你們自己告訴付費者代表我們需要 690 點，我們這次只增加 80 點就要 26 億，您們好像很節制，但是不是真的 690 點那才是一個問題，我們要從這邊去討論，因為你們明年增加 80 點，最後就增加到 690 點，這個前提在原則上要先成立才可以，我們在乎的是這樣，因為這是整體的診察費。

第二點，感染感控只抽查 4%，你說沒有作到要違約記點等，只有抽查 4%有 96%都沒有抽查，他有沒這樣照這樣去作，不知道，但是依然要用 690 點去算，我的意思是這真的要好好討論，茲事體大的問題。

翁德育代表

報告主席，事實上我們也很希望加入很多不一樣單位來討論這件事情，我們覺得真的要把它制度化，今天我們提出 690 點會讓大家去檢視這是最大的用意，我們希望以後能夠穩定，大家以後不要再吵這些東西，應該有的東西就有，不該有的東西我們也承認，這是 OK 的。

第二點，剛剛提到的紫外線殺菌箱、消毒鍋，是用甚麼邏輯去計算，很簡單我的感染管制診察費所管的這個範圍就是消毒跟滅菌，只要是消毒這一塊都包括在感染管制，當我今天根管治療點數要去算成本，它的消毒就會算在設備不會算在診察，這我們切得很清楚，但是你在根管治療所謂處置時，一支 Fire 的桌面可以

用幾次，都會算在處置的設備費用，但是根管治療的 Fire 的消毒是算在診察，如果是我們的版本，真的算的很清楚，只要消毒滅菌就是算在診察，只要不是消毒滅菌耗用的部分，就算在處置，其實應該是清楚，以上。

主席

謝謝，這是你的邏輯，但是對我們成本邏輯一般不會這樣算，因為他還是要拆分到每一個項目上，所以你的主張是你的主張，一般成分本析也有一般成本分析的算法，看起來我們落差蠻大的，但是牙科處置費相對是高的，這個算是處置費上的小數目，這在診察費數量卻是一個大數目，所以這項我們暫時無法接受您們提出的成本，雖然這可能不影響您們的 80 點，但它絕對是一個進行式，我們源頭還是要處理這件事，因為時間已經 6 點我們就不再討論，會後翁醫師要與支付科要討論，真的要讓我們理解及接受，這是全民的費用，而且我還是重申，真的是茲事體大，我想付費者代表在這裡，每年要增加多少預算真的是很大的數字。我們認為感控是很重要，感控是一個基本門檻並不是高級門檻，本來就是很多人都做到這樣，並不是現在沒有人做到，也並不是現在全面升級，說不定現在有診所做的比這個好都是有可能，也許您們是專家有些我們看不到，不過還是要讓理事長知道，這件事情我們有意見，雖然總額討論時我們各自向付費者報告，但我們還是真的很有意見，最後我們也是尊重健保會協商的結果，但是我們還是會把資訊提供給付費者做瞭解，這樣好不好，好，今天也花了一點時間討論，時間也有點晚，理事長還有要說甚麼，沒有的話就到這裡，謝謝大家。

牙醫門診加強感染管制實施方案

108 年 5 月 3 日健保醫字第 1080005789 號公告修訂
000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

一、目的：

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

二、本方案實施方式：

- (一) 宣導教育方面：由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，簡稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。且由牙醫門診總額受託單位製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」核發予各牙醫院所執行。
- (二) 牙醫門診總額受託單位（牙醫全聯會）參採衛生福利部疾病管制署之牙科感染管制措施指引，訂定之「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。
- (三) 特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」(附件 1-1) 執行，並依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」(附件 2-2) 自行評分，自評合格者（無項目得 D），應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組，並於次月開始申報「符合加強感染管制之牙科門診診察費」支付標準表項目。

三、本方案監控方式

- (一) 監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目執行情形。
- (二) 訪查評估：由牙醫門診總額受託單位及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，抽查前需召開審查共識營。另衛生福利部疾病管制署及各地衛生局亦得不定期訪查。
- (三) 經本方案第三點第二項依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」訪查評估，查為不合格（任一項目為 D）之特約院所，即停止給付本方案支付標準表項目；爾後該特約院所須經前項訪查單位審查合格後，始可申報本方案支付標準表項目。

四、感染管制 SOP 審查標準

- (一) 依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 15 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。
- (二) 每組由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與訪查，

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

（三）請依考評表內之評分標準進行查核。

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

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

六、有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制，依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」（附件 3）及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」（附件 4）執行。前開院所之訪查全國各區抽樣比例併計為 4%，未訪查之院所優先辦理訪查。

七、六—本方案由保險人公告，併送全民健康保險會備查，修訂時亦同。

附件 1— 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則

● 每日開診前

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

● 診療開始前

- 1.診療椅之診盤（tray）上儘量保持清潔與淨空。
- 2.將患者欲治療所需之器械擺設定位。
- 3.病歷及 X 光片放置在牙醫師可見之清潔區內，不要放在治療盤上。
- 4.對應診患者依「全面性預警防範措施」原則（universal precaution）詳細問診，包括詢問有無全身性疾病，各種傳染性疾病，如 B 型肝炎或其帶原者等（病史）。
- 5.引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘。
- 6.牙醫師及所有診所牙醫助理人員需穿戴防護裝置，至少包括口罩與手套，必要時戴面罩。
- 7.遵守手部衛生五時機（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人環境後），以及洗手六（七）步驟（內、外、夾、弓、大、立、完（腕，手術時適用））；不可使用同一雙手套照護不同病人。

● 診療中

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

- 公筷母匙：共用之醫療藥品或用品，應備置公用之器具分裝，以保持衛生，避免傳染疾病。
- 單一劑量：於正確的時間給予正確的病人，正確劑量的正確用藥，亦即醫療藥品應準備患者一次使用完的劑量（如注射劑），以提高醫療的服務品質。
- 單一流程：以單一順序流程，依一定順序逐步執行。
- 減少飛沫氣霧：使用適當的防護物品，避免暴露於血液、唾液和分泌物、飛沫及氣霧。適當的防護措施如戴手套、口罩、護目鏡、面罩、隔離衣及避免被尖銳物品器刺傷等，均可避免感染之機會。

● 診療結束患者離開後

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

● 門診結束後

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

● 尖銳物扎傷處理流程

- 1.牙醫院所製訂「尖銳物扎傷處理流程」，平時應全體員工宣導及演練。

- 2.被尖銳物刺傷時，立即進行擠血、沖水、消毒等步驟。
- 3.在診所者，立即報告主管或負責人，並同時迅速至醫院急診科就診。在醫院者，立即報告單位主管與感染管制委員會，感管會應於 24 小時內作出處置建議。
- 4.將尖銳物扎傷事件始末，處理流程、傷者姓名、病人姓名、目擊者、採取措施、治療結果、責任歸屬、善後處理、追蹤檢查、檢討改進...等，寫成報告備查，並作為牙醫院所防止尖銳物扎傷事件之教材。

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

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

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計劃。

步驟二：垃圾分類

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

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

步驟三：不同之貯存容器與規定

- 1.可燃性感感染性廢棄物需放入紅色有蓋垃圾桶內。
- 2.不可燃性感感染性廢棄物需放入黃色有蓋垃圾桶內。
- 3.若醫療廢棄物送交清運公司焚化處理者，亦可以紅色容器裝不可燃性感感染性廢棄物。
- 4.銀汞殘餘顆粒或廢棄 X 光顯、定影溶液屬於毒性醫療廢棄物，需裝入特定容器內，必要時可以收銀機回收，或交由合格清運公司處理，尤其前者需放置

- 於裝有 NaOCl 或定影液之特定容器內。
- 廢棄針頭、刀片等利器需裝入特定容或鐵罐中。
 - 可回收之垃圾則依規定作好分類貯存之。
 - 一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

- 委託或交付環保署認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。
- 當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。
- 若無法每天清除，則需置於 5°C 以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。
- 在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉 5°C 以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

● 牙科器械消毒及滅菌

一、牙科器械消毒及滅菌原則：

- 醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類：

分類	定義	例子	消毒滅菌法
重要醫療物品 critical item	凡有進入人體無菌組織或血管系統(如口腔外科手術、拔牙、牙周手術、植牙手術、根管治療等)之物品。	拔牙鉗、牙根挺、手術刀、鑽針、根管銼針、注射器...等。	滅菌。
次重要醫療物品 semi-critical item	使用時須接觸皮膚或黏膜組織，而不進入血管系統或人體無菌組織之物品。	銀汞填塞器、銀汞輸送器、矯正鉗、口鏡、探針、鑷子、手機等。	滅菌或高程度消毒。
非重要醫療物品 non-critical item	使用時只接觸完整皮膚而不接觸人體受損的皮膚或黏膜者。	治療椅、工作檯面、X光機把手、開關按鈕等。	清潔或中程度~低程度消毒。

註：臨床使用消毒劑分類如下：

- 高程度消毒劑：可用於殺滅非芽孢的微生物，即可殺死細菌的繁殖體、結核菌、黴菌及病毒。常用的消毒劑包括：2%戊乙醛(glutaraldehyde)、6%過氧化氫(hydrogen peroxide)、過醋酸(peracetic acid)、磷苯二甲醛(ortho-phthalaldehyde, OPA)、>1000ppm 的次氯酸水溶液(sodium hypochlorite)。
- 中程度消毒劑：通常用在皮膚消毒或水療池消毒，可殺死細菌的繁殖體、結核菌、部分黴菌、部分親水性病毒及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：10%優碘或碘酒、70-75%(w/v)酒精。
- 低程度消毒劑：可殺死細菌的繁殖體、部分黴菌及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：酚化合物(phenolics)、四級銨化合物(quaternary ammonium compounds)、氯胍(chlorhexidine gluconate)、較低濃度(一般為 100ppm)的次氯酸水溶液。

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

二、蒸氣滅菌：

1. 目前常見高溫高壓蒸氣滅菌模式：(1)重力式高壓蒸氣滅菌(2)抽真空式高壓蒸氣滅菌。
 - (1) 重力式高壓蒸氣滅菌：利用重力原理將存在鍋內之空氣排出鍋外，進而達到滅菌的效果。
 - (2) 抽真空式高壓蒸氣滅菌：先將滅菌鍋內空氣抽出鍋外，使鍋內幾乎成為真空狀態，再使蒸氣注入鍋腔中，以達到滅菌效果。
2. 監測頻率：
 - (1) 每鍋次進行機械性監測，在每次滅菌開始與結束時，藉由觀察與記錄滅菌鍋的時間、溫度、壓力等儀表或計量器，評估滅菌鍋運轉之性能是否正常。
 - (2) 化學指示劑(chemical indicator)：
 - i. 每一滅菌包、盤、管袋外部必須使用第 1 級(包外)化學指示劑。
 - ii. 每一滅菌包、盤、管袋內部建議使用第 3 級(含)以上的化學指示劑。
 - (3) 生物指示劑(biological indicator)：
 - i. 建議每個開鍋日或至少每週，在第一個滿鍋使用含生物指示劑或含生物指示劑和第 5 級化學指示劑的過程挑戰包(process challenge device, PCD)監測高壓蒸氣滅菌鍋滅菌效能。
 - ii. 建議每一放有植牙器材(如人工牙根、矯正迷你骨釘) 鍋內，使用含生物指示劑和第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試，並應在得知培養結果為陰性後才可發放使用器材。
 - iii. 每個開鍋日，如有需要，建議可選擇鍋次使用含生物指示劑和/或第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試，作為不含植入性醫材鍋次的常規測試與發放依據。
3. 紀錄保存
 - (1) 滅菌過程紀錄包括：
 - i. 滅菌鍋編號及鍋次。
 - ii. 滅菌日期及時間。
 - iii. 滅菌鍋內的內容物。
 - iv. 滅菌鍋次的參數，如溫度、時間、壓力等。
 - v. 化學測試結果，包含包內化學指示劑及包外化學指示劑。
 - vi. 生物測試(含對照組)結果。
 - vii. 操作者簽名。

(2) 紀錄保存可以書面或電子格式保存。

(3) 滅菌鍋應定期維修及保養，若監測發生異常，表示滅菌鍋有問題，則停止使用滅菌器，並同時通知廠商維修滅菌器。

4. 滅菌後器械之處置

(1) 乾燥及冷卻：器械滅菌後須進行乾燥及冷卻，目前已有許多滅菌鍋附加自動冷卻烘乾系統。

(2) 貯存：

i. 將滅菌後之器械放置於封閉的空間內，例如有罩或有門之櫃內，不可放置於水槽下等容易潮濕或污染的地方。

ii. 取用時可採取「先放先取」之原則；使用滅菌物品前，應檢視包裝的完整，確認包裝沒有破損或潮濕。

iii. 滅菌物品的存放期限依包裝材質不同或貯存環境條件而異，建議機構參考相關文獻、指引或實證經驗，訂定機構內的管理原則，確實遵守。

三、牙科手機之滅菌流程

1. 使用過之手機，先去除外表污穢物，再運轉 20-30 秒，讓水徹底清除手機內管路。

2. 拆下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表殘屑(勿浸泡手機，除非廠商建議)，並乾燥之。

3. 依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機裝回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨。

4. 包裝完成後，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或低溫滅菌鍋內滅菌。

5. 從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用。

● 教育及宣導

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

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

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

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

前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。

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

附件 2-二 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

院所：

代號：

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及在效期內的消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
	A. 符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄；診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨。			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史、傳染病史及 TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服；不可使用同一雙手手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02%漂白水(NaOCl) 或 2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路三分鐘。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕…等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路消毒放水放氣，清洗濾網。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
5. 完善廢棄物處置(註一)	C. 有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
	B. 符合 C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A. 符合 B，備有廢棄物詳細清運紀錄。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
7. 器械浸泡消毒(註二)	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B. 符合 C，消毒劑置於固定容器及加蓋，並覆蓋器械。			
	A. 符合 B，記錄器械浸泡時間。			
8. 器械滅菌(註二)	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C，化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物監測劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用。			
	B. 符合 C，器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限)。			
	A. 符合 B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。			
10. 感染管制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制 SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，院所內 70% 工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程，建立手部衛生教育訓練，得包括線上數位學習課程，並造冊存查。			
11. 安全注射行為	C. 單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如:沒打完之麻藥管不可供他人使用)。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。			

註一：~~在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染控制 SOP 作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉 5°C 以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。~~

註二：~~在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。~~

院所陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____

附件 3 牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制 SOP 作業細則

診療前

1. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。
2. 固定治療椅比照一般牙醫院所治療椅開診前感染管制標準。
3. 開診前治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路三分鐘。
4. 診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。
5. 當天使用之手機(handpiece)、鑽針、洗牙機頭(scaling tip)、拔牙挺(elevator)...等侵入性外科用具，須高壓滅菌後裝入無菌器械盒或個別包消並標示滅菌日期。
6. 診療環境應有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。
7. 診療區環境清潔。
8. 治療檯盡量保持清潔淨空，非使用需要之器具勿擺上，未使用之藥品器具要有外蓋蓋上或包布罩上，避免飛沫噴濺。
9. 牙醫師，護理人員及牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括口罩、手套與清潔工作服，並視需要穿戴隔離衣、髮帽、面罩或護目鏡。
10. 對應診患者依「全面性預警防範措施」原則 (universal precaution) 提供照護，並詳細問診(可詢問院方人員)，包括詢問有無全身性疾病，各種傳染性疾病，如 B 型肝炎或其帶原者等病史)。
11. 遵守手部衛生五時機 (即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)，以及洗手六 (七) 步驟(內、外、夾、弓、大、立、完 (腕，手術時適用))；不可使用同一雙手套照護不同病人。

診療中

1. 治療過程依感染管制之各項原則，如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等執行看診。
2. 牙醫師看完每一位患者後需更換手套，手套脫除後應執行手部衛生；若口罩遇濕或污染需更換。
3. 牙醫相關人員脫掉手套後，應先執行手部衛生再寫病歷、接電話...等，避免造成「交互污染」。
4. 若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。

垃圾分類

1. 當患者看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入相對應之有蓋容器內。
2. 若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」章節之步驟三之規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。

尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。

附件 4 牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關之牙醫院所感染管制 SOP 作業 考評表

※考評標準：評分分為符合(○)、不符合(X)，任一項目不符合(X)則不合格。

院所：_____

代號：_____

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自 評	訪 評	備 註
1. 適當洗手設備	診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
2. 良好通風空調系統	診療區域有空調系統或通風良好，空調出風口需保持乾淨。			
3. 適當滅菌消毒設施 (註二)	診療區域具有滅菌器及在效期內的消毒劑。			
4. 診間環境清潔	診療區域環境清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自 評	訪 評	備 註
1. 完備病人預警防 範措施	看診前詢問病人病史。			
2. 適當個人防護措 施	牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作 服。			
3. 開診前治療台消 毒措施	開診前治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分 鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖 洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10% (iodophors)沖洗管路三分鐘。			
4. 門診結束後治療 台消毒措施	診療結束後，治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
5. 完善廢棄物處置 (註一)	看診醫師院所內有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
6. 意外尖銳物扎傷 處理流程制訂	制訂診療區域防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
7. 器械浸泡消毒及 滅菌	診療當日使用之器械必須經過打包滅菌並標示消毒日期。			

註一：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」章節之步驟三之規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。

註二：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。

註三：攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。

院所陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____