

牙醫門診總額研商議事會議 108 年第 2 次會議紀錄

時間：108 年 5 月 28 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	石家璧	陳代表威鑠	陳威鑠
朱代表日僑	朱日僑	陳代表雅光	陳雅光
何代表正義	何正義	溫代表斯勇	溫斯勇
吳代表永隆	吳永隆	黃代表金舜	黃金舜
吳代表明彥	吳明彥	黃代表純德	黃純德
李代表純馥	李純馥	黃代表福傳	黃福傳
沈代表茂棻	沈茂棻	劉代表經文	劉經文
季代表麟揚	季麟揚	鄭代表信忠	鄭信忠
林代表敏華	林敏華	黎代表達明	黎達明
林代表靜梅	林靜梅	謝代表武吉	尹文國(代)
邱代表昶達	邱昶達	謝代表義興	(請假)
徐代表邦賢	徐邦賢	簡代表志成	簡志成
翁代表德育	翁德育	羅代表界山	羅界山
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、陳思琪

醫事司

黃敏玲

疾病管制署

徐士敏

中華民國牙醫師公會全聯會

黃立賢、柯懿娟、邵格蘊、

施奕含、許家禎

中華民國藥師公會全聯會
台灣醫院協會
中華民國醫院牙科協會
台灣社區醫院協會
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

洪鈺婷
(請假)
(請假)
吳安琪
林照姬、楊淑娟、蔡雅安、
吳逸芸
林巽音
林淑惠
洪穰吟
施怡如
劉翠麗
林寶鳳、賴淑華
白姍綺、呂佳青
李冠毅
詹孟樵
谷祖棣、劉林義、王玲玲、
韓佩軒、洪于淇、歐舒欣、
宋兆喻、林蘭、崔允馨、
楊淑美

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：

- 一、除序號 3(牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案)繼續列管，餘解除列管。
- 二、為保障民眾就醫安全，請衛生福利部心理及口腔健康司督促地方衛生局加強查緝密醫。

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：

- 一、牙周病統合治療方案(原為牙周病統合治療計畫)已於 108 年導入一般服務，惟 108 年第 1 季執行率偏低，請中華民國牙醫師公會全聯會(以下簡稱牙全會)積極提供服務，以滿足民眾就醫需求。
- 二、有關牙周病統合治療方案，仍有院所申報費用不實之情形，請牙全會加強輔導會員正確申報。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年第 4 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
107Q4	浮動點值	0.9139	0.9787	0.9666	0.9701	0.9871	1.1205	0.9521
	平均點值	0.9072	0.9790	0.9661	0.9732	0.9920	1.1252	0.9525

- 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 年第 3 季點值結算結果報告

決定：

- 一、有關牙醫師分布愈不均問題，委員建議畢業後一般醫學訓練計畫(PGY)牙醫師人力規劃一節，請將相關發言併會議紀錄送請衛生福利部參處。
- 二、為加強各區共同管理經驗分享，下次會議請各分區業務組報告各區共同管理重點，每區 10 分鐘。

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、請醫審及藥材組就 180 天內重複執行全口牙結石(跨院案件)之前一家(位)執行院所(醫師)有無集中趨勢進行分析，並於下次會議報告。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：增修支付標準第三部第三章第四節項次名稱案

決定：修訂原列於第三章第四節第一項「處置及門診手術」項下編號 92015C「單純齒切除術」等 10 項診療項目移列至「門診手術」項下；併同修訂第三章第四節第一項名稱為「處置」，第二項為「門診手術」，及修正原第三章第四節第二項「開刀房手術」項次編號為第三項。

肆、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全聯會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」

決議：修訂重點如下：

- 一、同意第三部通則三(一)第 3 點中，原「百分之十五百分位數」文字修正為「十五百分位數」，及原「六十百分位」文字修正為「百分之六十」，併同修訂附表 3.3.4 相同文字。另配合 108 年 3 月 1 日公告時增列口腔病理科，原通則三(二)第 6 點「牙

醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象（略以）」改為第 7 點，爰本次併同修正通則三（一）第 2 點之文字。

- 二、同意編號 92096C「牙齒外傷急症處理」支付規範，由原「限經中華民國牙醫師公會全國聯合會認證之醫師申報」，修改為「限經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查，函送所轄保險人分區業務組核定之院所申報」。
- 三、第五章牙周病統合治療方案通則三支付規範（三）增列 VPN 登錄後於次月 20 日（含）前，未執行牙周病統合治療第一階支付之申報，系統將自動刪除 VPN 登錄資料之規定。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全聯會

案由：偏鄉地區巡迴醫療及身心障礙特殊醫療服務之感染管制訪查流程

決議：

- 一、同意增訂「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」如附件 2，並將配合修訂全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫。
- 二、請牙全會積極輔導所屬會員遵循前開作業細則。
- 三、有關偏鄉地區巡迴醫療及身心障礙特殊醫療服務之感染控制訪查抽樣比例，請牙全會研議，於下次會議提出，並於 109 年開始實施訪查。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表之 3. 專業醫療服務品質指標

決議：同意修訂如下：

- 一、刪除「牙周病統合照護計畫執行率」指標。
- 二、修訂「牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率(原「牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率」)」指標名稱，另計算公式之分子及分母新增 91023C(牙周病統合治療第三階段支付)醫令代碼。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：修訂支付標準第三部牙醫第三章第一節牙體復形部分診療項目支付規範

決議：

- 一、同意第三章第一節牙體復形編號 89001C「銀粉充填－單面」等 13 項診療項目支付規範中，有關一定期間內再填補之規定，增列「以同一院所為限」之規範。
- 二、請醫務管理組就重複申報牙體復形案件之前一位執行院所(醫師)進行分析，並於下次會議報告。

伍、散會：下午 5 時 00 分。

陸、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 2 次會議與會人員發言摘要

本會上次會議紀錄確認

首先請各位代表看上次的會議紀錄，在第 4 頁到第 8 頁，各位代表對於上次的會議紀錄有沒有問題？好，沒有問題我們會議紀錄就確認，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(略)

主席

好，謝謝，這次的辦理情形大概有 5 項，只有第 3 項是繼續列管，其他都解除列管，其中第 4 項偏鄉還是有密醫存在，我們有把這個部分的會議紀錄送給心口司，不曉得心口司少卿代表這邊有什麼回應？

陳少卿代表

跟大家報告一下，這個部分我們也是依循 CDC，針對口腔感控這個部分他們再做研議，那我們再次與牙全會跟地方的衛生局針對這個部分加強查緝密醫，後續持續的做監控，以上。

主席

好，謝謝，前 2 天又報載有一個臺北的密醫，植牙的密醫，所以連報紙都在報導了，麻煩心口司再督導地方衛生局對於密醫的取締要加強，健保有時候管不到密醫，這個部分麻煩大家能夠多合作，報告案第一案大家有沒意見？好，沒有，我們就進到第二案。

報告事項第二案：牙醫門診總額執行概況報告案(略)

主席

好，這次的執行概況報告大家有沒意見？

干代表文男

我對這個是比較不熟，違規的情況 14、19，還有簡單幾個字，我不曉得他表達的意思是什麼？你們的用法怎樣？還有 PPT 第 34 張，查了 21 家結果 18 家違規，雖然有查處，我不曉得這個情況是怎樣？所以能夠講清楚，第一個要謝謝各分區能夠真實的查驗，牙醫的內控也非常的好，像這樣能夠查出來，查出來不是壞事這個是好事，表示內控跟健保署這邊的管理績效很好，希望能擴大到各醫院、大

醫院，希望也能夠查的更詳盡讓大家心服口服，以上謝謝。

主席

好，謝謝干代表，還有其他意見嗎？有關後面的違規查處，這是健保署去查的，不是牙醫團體內控，查了21家有18家違規，這個比例是高的，最主要查的對象是牙周病統合照護計畫，相關的違規是在第36頁，最主要是牙周病統合照護計畫有3階段，但是有些病人沒有接受第2階或第3階，但是他申報了全部的費用，類似這樣的虛報，因為牙周病統合照護計畫1個人大約1萬點，分成3階段，3階段沒有辦法在一次完成，多數都是1個療程的概念，有些病人可能第1次來了之後，醫生想說他第2次第3次還會再來，所以在第1次完成之後就申報了第2階段及第3階段，結果病人並沒有來第2階段跟第3階段，所以造成了虛報，這是我們查核的結果，這個結果會覺得有一點擔心，因為只查21家，而牙周病統合照護計畫又是我們最近投入最多經費的計畫，今年起已經正式納入一般服務，已變成常規服務，所以不應該再有這樣子的現象發生，不知道全聯會這邊有沒有什麼回應？

干文男代表

還沒有答復之前，我先請教健保署是用什麼方法什麼方式去查？我很佩服，如果查到這麼詳細也要謝謝健保署各分區的努力，這個確實在有場所我們也會告訴所有我們的團體，健保署在這方面做的很徹底，我也要知道說去查是用什麼方式？一方面也讓他們清楚，謝謝。

主席

好，請白科長來跟大家說明。

白姍綺科長

跟大家說明一下，在107年牙周統合這個專案部分，是以費用申報裡面的資料同一天同時申報第1階段也申報第2階段，然後有報麻醉費用，那這樣子直接我們針對這些民眾去做訪問之後就會發現其實他只接受第1階段，後面沒有繼續做，第3階段也沒有做，就會發現有違規的部分，

主席

好，理事長這邊或者幹部們有沒要回應的？

王棟源代表

主席，各位代表大家好，關於牙周病這個部分，現在最大的問題因為他分成3個

階段，剛才主席已經講過了，事實上他要完成3個階段，完成才算可以領到1萬塊，我們現在最大的問題，案件要成功一定是病人跟醫師要合作，整個案例才能成功，因為我們那時候要求完成率，要求完成率才可以領到這個費用，所以很多醫師都誤以為這個患者會繼續過來，但是一般患者我們剛才有統計，男性患者大概會再回診的機率大概三分之一，女性大概會有五成，所以這個造成很大的落差，所以這個部分我們以後會加強改善，以上。

主席

好，因為牙周病統合照護計畫設計是很嚴謹，並沒有說3階段完成才可以申報，做了第1階段就申報第1階段，做了第2階段就申報第2階段，但是沒做第2階段就申報第2階段，這就虛報，我相信病人的配合度有差，醫病之間要配合，但是如果他沒有回診，就不要申報。我們的支付並沒有設計一定要3個階段都完成才可以申報這1萬點，你可以分階段申報，所以這個部分其實是需要多多內部宣導。

許世明代表

關於牙周病統合照護計畫，感謝委員們給我們充足的預算，發生這種事，事實上在全聯會幹部裡面感覺非常的痛心，這是不應該辜負付費者們給我們充足的預算來執行這個部分，這個部分干委員也稍微提醒，事實上牙醫界以前內控都做的不錯，但是在這件事情上內控方面在同儕制約這部分沒有事做些防範、輔導，這個部分是我們必需要檢討的，這個部分將來宣導是一定沒有問題，我們會把相關這些違規的內容方式，會在將來的牙周病統合照護計畫教育訓練放入教材裡面，這部分目前有真正在檢討，看要怎麼去防範於未然最重要，謝謝。

主席

好，謝謝，我想這一次的專案應該已有會員受到停約的處分，是一個事實，麻煩全聯會在辦教育訓練時能夠再次提醒。另外第17張投影片是今年的第一季申報的概況，剛剛講的都是去年的專案，今年的第一季牙周病已經滾入一般服務且預算有再加碼，但是我們依然會去監控我們滾進去的預算執行概況，第一季很顯然是負成長，在這裡要拜託我們全聯會，預算滾到一般服務之後，我們牙醫師團體在每次預算在爭取的時候都有提到高齡化，那牙周病是一個盛行率很高，而且需求一直未滿足，所以每年一直在加碼，是不是牙醫師都有對於有牙周病需求的病人可以積極的提供服務，如果執行率是下降的話，那我們當時滾到預算這麼龐大

的金額就值得商榷，所以是不是就麻煩留意一下數據的未來發展，好不好，好，謝謝，那其他各位代表有沒有對這個執行概況報告還有要提問的？好，如果沒有我們執行概況報告就到這裡告一個段落，接下來第三案。

報告事項第三案：107年第4季牙醫門診總額點值結算報告案(略)

主席

好，謝謝，去年第4季的點值結算出來了，大家有沒意見？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年第3季牙醫門診總額點值結算報告案(略)

主席

這個報告案的原由：上次會議時翁德育代表提到高屏區管控很厲害，點值高於每點1元；牙醫部門通常東區點值保持在每點1元以上，不知道高屏區是發生什麼事情；所以有這個額外報告，請參考第24張投影片：高屏區點值從第5名一直進步，往第2名邁進，雖然去年放假有影響，其他因素還包括分區管控、醫師數控制等，就算去除放假因素點值還是在第2名；這樣的結果顯現在第23張投影片上，各分區牙醫點值差距已經整個拉開了，東區、高屏都大於每點1元遙遙領先，跟最低的臺北分區0.88差距不小，這是地區預算100%用人分配，確實反映點值；臺北分區點值雖然最低，醫師數卻是最多的，申報健保費用也偏低，高雄市也有類似的情形，這麼多醫師集中在都會區生活，是否代表牙醫師以自費比例高呢？請看第10-12張投影片，臺北分區5千多位牙醫師中，3千位集中在臺北市，臺北市每家院所申報點數中位數落在每年300萬，新北、基隆、宜蘭、金門每家院所申報點數中位數都高於臺北市，高屏區的高雄市也面臨類似的情形，這可能是牙醫目前分布越加不均，分布集中在都會區以外，都會區民眾也不見得可享受更佳的就醫可近性，臺北區民眾看牙齒還是要預約一段時間以後，常常約不到。這是牙全會要正視的問題，不公平性跟自費越來越明顯，長久下來會變成第一個出問題的總額。都會區牙醫師當然可以有某些自費空間，但是生態太扭曲的話會造成對民眾很大的不利，分布不均的前提下偏鄉看牙醫又更加困難了。大家可以看一下投影片，牙醫師申報點數全區成長2.9%，臺北區成長3.2%，每年執業牙醫師增加408位其中189位在臺北區，大部分又在臺北市，這是我們的隱憂。請問高屏區代表要補充嗎？

陳雅光代表

感謝健保署替高屏平反了一下，我想問一下六分區點值排序很重要嗎？相對意義在那裡？如果醫缺地區點值還很低，這樣也不會有醫師想要過去，醫缺地區點值越好，才會引導一些牙醫師有誘因進去服務；如果連屏東、高雄點值低到 0.8~0.9 多，更不會有人想去。各分區都有自己的管控原則，如果高屏區長期以來點值一直高於每點 1 元以上，我們可能要反省是否服務提供過少，讓病人有需求卻找不到醫師服務；如果不是這樣，是不是可以尊重我們的管控方式及目標值；當然我們也期待所有的異常天候之下，大家可以相互尊重，天候不可控，光看數據管控真的缺乏溫度，感受也不好；連續下雨時還願意看診的牙科相當可貴，希望全局可以尊重一下各分區自行管控，如果高屏區民眾真的比其他區檢舉約不到診比例更高，我們也會檢討。

另外想順便回應年輕牙醫師集中在臺北區部分：牙周統合照護推動困難是因為偏鄉地區牙醫師都已經年紀很大了，接近 60 歲還做牙周統合照護有點難，希望鼓勵年輕牙醫師願意投入這一塊，如果牙醫師都留在臺北不下來，推動上真的有極限，也期待這次研商議事會議可以得到一個比較好的回應。

翁德育代表

首先要謝謝承辦單位：這分資料整理真的很詳細，每個點都有帶到又很清楚，希望有機會可以把資料 pass 給全聯會讓我們學習；希望可以在 50 百分位外再補充 75 跟 90 百分位數據，相信可以呈現更多訊息；第 2 點是想請大家看到投影片第 8 頁高屏區點值一直爬升到全國第 2 位，點值排序真的沒什麼了不起，但是牙醫總額一直以來堅持地區預算按照 100% 投保人口分配，高屏醫師人口比僅次於臺北、中區，點值落在第 4 名比較合理，結果可以衝到第 2 名、甚至 107 年第 3 季點值 1.02 多，這才是我們真正要關心的部分。以 107 年第 4 季點值資料來看，點數成長率台灣西半部只有高屏區跟其他分區不大一樣，預算成長率一直大於申報點數成長率，這是我們最關心的部分：這麼多預算要拿來做什麼？我們當然尊重各分區管控模式，自主管理也 OK，但是管理結果要能說服別人。這邊也想拜託主席有機會把六分區抽審原則跟管控辦法檢視一下，看有那些細節是我們看不到的。另外重申一下我不是只針對高屏，我也針對北區；北區點值排序一直往下降，我也覺得他們很可憐，下一個被警惕的可能就是他們；高屏一定經過一段慘痛歷史，努力之後才能來到第 2 名，中間出現什麼努力我們很想瞭解，藉以學習。

吳明彥代表

從醫院管理角度我也很敬佩健保署做出這麼好的報告。另外我覺得如果高屏區沒有主席所提的幾個問題，全聯會應該頒給高屏區獎勵才對，這是總額制度執行以來多大的夢想，醫院部門真的很期待有一天點值可以到每點 1 元；也很羨慕，同時我也贊成翁委員所提要更加瞭解部分，當初做總額就有點內部競賽意味，又分為六分區，這是很好的管理策略，健保署只要跑資料就可以引導我們走向想要的方向。高屏區一定有厲害的管理手段，只是不想說而已；如果沒有減診、聯合壟斷的情形高屏區可以把點值管得那麼好，值得獎勵。

陳雅光代表

再補充：以就醫率來看十年以來中區、高屏一直是前兩名，這部分也沒被重視過，當然業務組有移撥小額金額補助，但是以季麟揚主任當初的評估，應該要用到 2 億元來評估這一項，當然高屏區勢力微弱，這邊可能也看不出來。我想說如果真的要年輕醫師往偏鄉走，像南投牙醫師平均 50 多歲，幾乎沒有年輕醫師要去；講直接一點條件沒比較好，中區就醫率高，點值又低，根本毫無誘因。我們建議過把 PGY 臺北區訓練額度再限縮，把一年額度 400 人中只有 1/4 可以留在臺北分區也許有幫忙；當然這不是健保署的事情，這樣也許會有點幫忙。年輕牙醫師接受 PGY 要 3 年時間，要回去澎湖、屏東這種沒有自費空間的地方執業不太會做，也不會跟病人溝通，長期上我們當然希望牙醫師數可以 follow 點值去不同地方，數據上卻不是這樣說的；當然這是國家政策不完全是健保署的問題，今天點出這部分，希望能夠藉金錢誘因(給付方向)有效引導醫療模式，如果給付方向有偏差，以後要拉回來恐怕很難，以上。

主席

謝謝，這也是我們的擔心；一年年過得很快，分布不均的問題牙醫在西中牙三個總額中是最不均的，都集中在都會區，連中醫都沒那麼嚴重；當然 PGY 不是健保署管的，請問醫事司要不要幫忙回應？

醫事司黃敏玲研究員

非業務主責人員，容待向相關業務科確認後回復(經查牙醫 PGY 為心口司業務職掌，檢附該司執掌表(如網址

<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHA0H/cp-501-2379-107.html>)供參)。

主席

謝謝。這個會上有些建議會傳達給部裡的相關單位，還有其他建議嗎？先溫醫師，

再來干代表。

溫斯勇代表

感謝主席看得起臺北區，我們服務還是以健保為主，應該不會一直做自費；事實上臺北區醫療服務點數從健保開辦以來，臺北區點數成長率一直高於全區點數成長率；醫師提供自費比重過高導致壓低健保服務量應該是沒有這種事情，先跟主席報告；第二是臺北區最近一年來有好幾件立意審查是高單價抽審或同病人同一次申報點數較高時作立意審查，這樣會讓醫師退卻，可能有些服務點數就不會反映在申報量上，在健保署統計上也沒那麼好看；我想整個臺北區或臺北市，在健保服務量上從來沒有下滑過，這邊先作報告。

干文男代表

如果剛剛醫界代表所提，用 100%R 值分配希望導引醫師往偏鄉移動似乎可行，但是我也想不通為什麼都會區牙醫都要預約，臨時牙痛找不到醫師；我自己也體會到這一點，就算好朋友是牙醫師也沒辦法通融，難怪等這麼久，這點也希望你們多作檢討；現在有一種新的洗牙機器，晚上沖一沖明天就好了，這是我現在在用的；另外牙醫師如果蛋黃區(都會區)進來的牙醫師越來越多，也印證 R 值分配預算是否還有檢討空間，雖然高屏區點值高，高雄市、臺北、基隆市照樣牙齒痛臨時找不到醫師，希望在這邊提出來，看要怎麼解決。

主席

謝謝。還有意見嗎？

林敏華代表

剛剛從資料看到部分，東區點值為什麼那麼高？應該是保障的關係，因為就醫相對不便需要保障，牙醫提供的服務量相對也沒那麼多；高屏區包括屏東與澎湖，高雄市區牙醫師集中的地區相信也只有原來的高雄市，原高雄縣與屏東牙醫師想必不多，反映出民眾就算有牙醫需求，看不到或預約不到牙醫師所以申報量衝不上去，臺北反而沒什麼就醫障礙量一下就衝出來了。牙醫師一直要留在臺北才是我們想要擔心的部分，我們作點值保障等等的措施以為點值高人家就願意去，事實也不一定；這部分也不是健保署的問題；我們聽到台大雲林分院院長討論過，醫師就是覺得雲林斗六是落後地區，不願意過來，臺北以外的地方連台中都落後；這樣會卡到後端醫療資源分配的問題，建議還是要提給衛福部參考，以上是我的建議。

主席

謝謝，接下來請主委，再來劉醫師。

許世明代表

有關這題關心點值部分，我們不希望有人為手段而影響醫師提供醫療服務意願，所以希望能排除人為干擾。事實上醫師人力因素相當複雜，首先醫師會考量生活品質要求，其次是子女教養，例如：有人寧願住臺北小套房，也不願去鄉下住別墅。影響因素相當多，如完全要靠健保手段或經濟誘因，我想是達不到的但我們會持續關心，會內也常在討論醫師人力部分並提供給相關部門建言，但能做的真的有限，以上。

劉經文代表

可能要拜託大家想一件事情，剛才提到花東的點值比較高，其實他一個人要負擔好幾種工作，一個人要去醫缺、要去機構，就好像高屏也有類似的狀況，比如說在醫缺的部分，縣市合併原高雄市 11 個區，除了這 11 個區以外，高屏可能還有其他地區需要去支援，這些地方其實要跨那個表去看，找出來很多人力去支援其他地方，要拉回來做自己的業務量來看，時間只有那麼多。

主席

今天有很好的分享，從翁醫師提出高屏點值超過 1 點 1 元，然後大家就開始來討論這個題目，這背後有一個大的問題公平性的問題，高屏區除了天然災害停止上班以外，也做了一些努力共同管理。下一次第 3 季會議我們邀請六分區報告如何跟當地的公會作共同管理，比一比就知道那些區真的很努力，才有這樣的結果，共同管理是兩邊責任，還是你們要自己報告？

翁德育代表

我們自己報告用處不大。我們已經討論過 n 次，還不如拜託六分區報告。

主席

每一個分區報告 10 分鐘，有些專案各分區可以互相學習。有幾個部分要共同講，供給面：當地醫師數、年齡分布、平均年齡，需求面：當地就醫率。

石家璧代表

主席我建議還有男女牙醫師比例須統計。

主席

好。醫師的年齡跟性別分布。

石家璧代表

如果要更詳細，各分區可查一下女醫師的佔率及一週門診的次數，我們在座的牙醫師平均都 50 歲，年輕時開業每週都看 18 診，現在年輕男醫師只看 10-11 診，女醫師更少，風氣大不相同，把以前看診的模式用在現在的醫師，基本上不太適當。南投與台中相差 15 公里，城鄉差距 15 倍，我在南投縣公會理事長任內，牙醫師的人口是 165，做了六年 166，增加一位，老醫師越做越累；平均年齡扣掉年輕醫師，大概 55 歲，大家可以知道問題是非常嚴重。我們統計，現在醫師數中區女牙醫師成長 2 倍，不代表服務量增加，反而會降低的，因為現在年輕醫師都不想辛苦，男女生都是，所以我們的服務量是越來越少。

黎達明代表

剛剛有代表說「希望」是在年輕人身上，跟各位報告我們 PGY 學生，他會把休假、病假、事假用完，然後跟主任說是不是可多請一些人。那現在一例一休，你現在絕對不可能排超過 10 診。然後 overtime 意願大概不到 50%。我們寄望 PGY 學生到偏鄉服務，說老實話，學生來希望拿個資歷然後繼續念書，工作不用這麼辛苦。真的是世代不一樣，這是國家整個政策問題。如果是用健保手段或財務手段來解決的有困難，未來應有更多的討論。

主席

下次會議牙醫人力供需由醫務管理組整理，分區的共管由分區報告，各分區幹部可以補充。點值跟自費誘因，可能自費誘因的驅動大於點值，我們這部分先討論到這裡。高屏業務組明天要去澎湖，報告 4-7 頁，澎湖也只有 33 位醫生，付費者代表有要跟著去澎湖的也可以觀察一下狀態，那我們先到這裡。

報告事項第 5 案：180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析(略)

主席

跨院重複洗牙已經有談過，跨院 34 萬件有 2.1 億，一年洗牙 56 億點，同院重複洗牙不給付，我們之前有討論過跨院重複洗牙要不要比照同院，後來是反對。

許世明代表

目前有下降的趨勢，的確有些病人可能會在 180 天或 3 個月內需要再次洗牙，因為牙結石可能因個人原因，或是病人狀況無法量化，或齒列不整齊、或是個人因素、口腔衛生清潔無法好好執行，也可能有不當濫用，但我們也有請各分會處理並且宣導雲端藥歷查詢，也跟會員說依個人情況處理申報，舉個例子：病人只有

局部需要 180 天內做牙結石清除，就用局部申報。之前署有建議是否正面表列，正面表列很難，病歷記載更麻煩。你開一個後門我只要寫病人口腔衛生不良就可以重複洗牙，這樣會更多，所以我們當初不建議用正面表列或病歷記載做相關處理方式，怕說你做了這些事，未來更多不當濫用，那目前我們也有定期追蹤，我是建議追蹤一段時間後，看成效如何。如果成效不好，再看做什麼處理。

李純馥組長

主席講的是民眾去補牙被併報一次洗牙，他根本不知道，去下一家洗牙，診所跟他說前面被洗過，所以跨院的監測，民眾端跟院所端都需要這樣的資訊。雖然重複率有在下降，可是分母也在上升，整體洗牙次數、件數都在上升，相對來說重複的民眾比率就會下降，2 億也是不少的錢。可以先回饋次數不馬上核減，可以回饋資訊先給院所，你沒有去看前面半年內的部分，我們本來就有局部牙結石清除可以申報，而不是全口，如果真的有些部位不容易清乾淨，牙齒結構關係，洗不乾淨，在本指標不會納入計算。

千文男代表

剛才許世明醫師我贊同他，再觀察下一季趨勢，或是分析在六區那個區最嚴重。

主席

第 6 張投影片有資料。

千文男代表

經濟越好、都會區越會用健保，現在老化都是這樣，這是一種狀態。

黎達明代表

我是牙周病專科醫師，關於重複洗牙，群組內曾有提醒。醫院牙科非常注意這件事，管控一向都很嚴格。跨院洗牙的出現，從各區變化發現圖表可發現，東區的比例比較高，偏遠地區的口腔衛生需求比較多。重複洗牙這不一定是醫師的問題，病人個人口腔衛生更是重點。34 萬件重複洗牙，全台灣約有 1.5 萬牙醫師，平均一位一年才 20 幾件，一個月才一件。一位牙科醫師如果每月看 300 位病人，有一個兩個病人出現這樣的情況，比例很低！如果合不合理，我們國家說都不要給付，那就是說病人要自費，這會產生更嚴重的結果。剛才有夥伴提議說，可不可以容許用局部洗牙來申報，就像許醫師講的，你們有規定，後面爆發出來的問題，絕對是更嚴重，每個人都用這種方法來規避。我很高興，今天大家在討論這個問題，但是要把重複洗牙它變成零，站在牙科醫師的立場，我覺得沒有辦法，除非

我們走硬性規定完全不予給付。

主席

這個案子如果要走到不予支付，大家認為不太適合，我們尊重大家意見，這份報告可以更細緻做到，跨院的重複洗牙，它的前手是集中還是分散，少數醫師做的洗牙多數都會被跨院再執行，還是像黎醫師說的大家都平均分配。下一次就把這部分補起來，有可能是供給面的品質不好或是需求面的需求，都有可能，如果非常的高前 10 名或前 20 名，那可能是品質的需求，要輔導他們，就有同儕協助的功能在裡面。麻煩醫審組寶鳳專委，看前手的歸戶分析、看他的集中趨勢，作為後續品質管理或其他等。

林寶鳳專門委員

所謂的前手，時間的是多久?6 個月內?

主席

107 年有跨院的前手都拿來分析。要先分析誰造成跨院，那後手也要分析，但重點是前手，我們目前資料 34 萬件都是後手，那我們要知道，後手的原因是因為病人自己愛跑還是前面的醫師沒有做好，病人才需要跨院，因為回到同院診所不會幫他重新洗牙，需要跑到另外一家，因為不會拒絕他。

林寶鳳專門委員

所以是 6 個月?

主席

不管多久，就是追前一手，180 天內。不會有太久啦!這個案子先到這裡，接下來第 6 案。

報告事項第 6 案：增修支付標準第三部第三章第四節項次名稱案

主席

本案僅係就支付標準表做更合理安排，與預算及分配無關，各位代表是否有意見，本案前已徵詢過全聯會的意見，若無意見，則本案洽悉，進行下一案。

討論事項第 1 案：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(略)

吳永隆代表

健保署意見第四點，本項名單產製是根據附表 3.3.4，依據往例當名單產製出來後，由牙醫總額受託單位來通知這些轉診醫師，本次要將受託單位通知取消由健保署來通知?

主席

請醫務管理組說明。

王玲玲科長

支付標準上是規定每年名單依據 3.3.4 來產製，但是通知的部分，考量本署和醫界之分工方式，還是依據現行方式來處理，由全聯會來通知，只是不列入支付標準之文字。

主席

照原來的方式去通知，只是支付標準不用寫分工，維持原先做法，文字修改而已。這部分及後面是否有意見？

吳永隆代表

這個是健保署意見，這個是登錄後次月 20 日起，那未執行及登錄，那已經未登錄了，原則上應該不會有未登錄狀況，這部分不曉得醫管組這邊”未執行及登錄”是什麼意思？

主席

加”及登錄”，請玲玲科長說明一下。

王玲玲科長

未執行是指沒有做，跟系統其實是沒有連結的，所以系統刪除資料，是確認沒有登錄，我們才會去刪前筆資料，不然院所沒有執行跟沒有登錄這其實是兩回事。

吳永隆代表

可是會有醫師看到這個文字不太了解，是不容易了解，原本的未執行牙周病統合是原本的意思還是其他，以上。

主席

加這 3 個字的意義何在？

吳永隆代表

這個用意是說院所先登錄之後沒有去執行牙周統合照護計畫，原本的內容這個病患一年內就沒有辦法到其他地方執行牙統，所以我們同意署這邊這個院所如果登錄 20 天內沒有執行牙統申報，那登錄就自動解除，那病人就有辦法到其他地方做牙統，這是合理，文字上我是認為不應再加這 3 個字，以上。

谷祖棟專門委員

請問一下登錄完之後執行，執行跟申報，申報是指醫令進來，可是申報醫令進來

因為有申報日期的問題，我們要去勾稽有申報醫令的話恐怕 20 天會不會有困難？

吳永隆代表

那下一次再執行的時候重新再登錄就可以了，所以實務上是不會影響病患就醫權益。

谷祖棣專門委員

我們是擔心系統登錄時間先抓 20 天，沒有申報資料就刪除，會不會到時候很多人都被系統刪除掉。

溫斯勇代表

主席，我其實對這個案子現在有點好奇，當初會去討論到這個好像是署方要管理登錄這件事情我們才去討論，本來是署方覺得要做的，只要能夠順順的做，當然就這樣做，現在聽起來好像不是署方想要執行，剛剛主席講的沒錯，執行跟申報不一樣，有可能執行以後沒申報次月 20 天還沒申報，可能延遲申報，如果真的被自動取消的時候，那就很可憐了，其實有登錄也有執行在次月 20 天如果這個案子不要通過維持現在，登錄了以後要解除也是原院所解除，病患才可以執行，我想這個精神是為了避免說院所登錄了，某個病患結果又不做，然後這個病患因為不能去別的地方做，所以才有自動這部分，那是不是有另外的方式，譬如說 VPN 上傳是不是可以檢核，雲端的資料庫是先鍵入上傳資料，等到院所申報後，用申報資料檔更新上傳資料，不要讓病患不得做，也不要讓院所做了可能還沒申報，延遲申報了以後，明明有先登錄也執行但他錢拿不到，被別人做掉了，也申復不了，以上報告。

主席

有沒有周延的方法？

谷祖棣專門委員

其實是分區跟我們反映，確實有發現因為現在的設計如果登錄一直沒有做，這個病人如果到另一家去他是沒有辦法再登錄，後面那一家會受到影響，我是說是不是還是可以做這件事情，為了保障民眾就醫權益，但是 20 天要不要考量稍微彈性一下，因為 20 天做的時間跟申報時間真的有可能會卡在中間。

主席

為什麼牙周病登錄跟執行不能同一天？為什麼要先登錄然後再執行？還沒有進行第一階段就允許先登錄，會不會有在搶病人之問題。

翁德育代表

主席，不是搶病人，因為如果沒有事先登錄，約了病人來以後他已經被登錄過了那一天就報銷。

主席

所以是約診問題？

簡志成代表

已經有跟病患說明，所以就先在 VPN 登錄。

主席

你們有比較好的方法嗎？因為要兼顧很多因素，因為您們是先預約後執行。

吳永隆代表

文字方面是不是要多一個未執行及登錄，20 天在會內已經有共識。

谷祖棟專門委員

登錄可以拿掉，但未執行要怎麼認定？是未申報？那未執行就要改成未申報。

主席

雖然有一個未執行但最後還是申報，如果把”及登錄”刪除的話，修正為”未執行牙周病統合治療第一階段之申報”。

李純馥組長

其實系統要去勾稽很容易，現在擔心是登錄到真正執行第一階段，第一階段還好，例如 5 月登錄，在 6 月 20 日前做完第一階，不只 20 天，如果 5 月 1 日看到 CASE，已經 50 天了。

溫斯勇代表

主席，今天(5 月 28 日)登錄我約的是下禮拜 6 月，6 月 1 日才約到 91021C 第一階段，6 月費用多數 7 月申報，我今天登錄在下個 6 月 20 日之前我不會執行申報 91021C，如果是用申報版其實是會有問題。

谷祖棟專門委員

我們是用登錄的日期去算次月 20 號。

溫斯勇代表

如果有牙周病治療我跟他講了，但是今天不能做只能要拍 X 光片，要幫他做牙周囊袋深度紀錄才可以申報 91021C，一定要完成才申報，今天沒有時間做約下禮拜一來做，6 月 3 號不會在 6 月 20 號前申報，次月 20 號申報這件事情其實在檢核

上很可能會損害了院所或病患的權益，你們的資訊不是說看支付標準什麼文字就報什麼邏輯嗎？他是這樣跟我們講的。

谷祖棟專門委員

剛講的意思是登錄完之後，登錄之後就會勾稽次月 20 日，只要我們勾稽不到申報進來的資料我們就把他刪除。

主席

我們再舉一個例子，5 月 31 日登錄 6 月 3 日執行第一階段，6 月 3 日這一筆 7 月 20 日才會申報，所以就這個 5 月 31 日登錄的人，登錄之後的次月 20 日就是 6 月 20 日如果沒有申報就取消，所以這一筆其實是有做的。

谷祖棟專門委員

這就是我剛剛提到 20 天的問題。

黎達明代表

我不曉得為什麼這個議題要花那麼多的時間？我不知道為什麼要事先登錄，假設這個病人決定要來你這邊看診，他應該不會再去別的地方。舉個例子，今天病人先在我這準備要做牙周照護治療，我登錄了。但是 5 月 18 日病人到台大去做牙周照護治療，因為我已經先登錄了，還沒滿 20 天病人卻到台大接受治療，那台大就不能登錄了，因為還沒到 20 天台大就被卡住了。我認為是有執行作業並馬上登錄，最符合人性化。

如果管制時間太長一定有民怨，因為他沒有受到治療，但他有需要啊！我們目前預先登錄管制的時間，是給醫師保障，但是對病人保障卻比較少。假如有做馬上申報，病人又給別的醫生重複去做，導致重複申報確實要管理，這應是作業流程有問題。

許世明代表

主席，原則是希望維持次月 20 天，第二部分關於時間登錄部分我們回去會宣導，最好執行第一階段以後再去登錄，另一個我不希望時間拉太長，你給太多空間就失去意義，對病人不公平，就是要壓縮，希望看病人以後約診要時間短一點，你約超過對病人是不公平的，雖然作業上有些小瑕疵，但還是認為以次月 20 日，以上。

主席

就是把”及登錄”劃掉，原則上最好的狀態是登錄跟執行是同一天，限於有預約

制，又怕預約被搶走，要避免這種東西，請把登錄跟執行時間儘量拉近，這個也是服務病人，所以不明顯講登錄跟執行同一天，其實是叫你接近，很接近別人要怎麼搶走，好，那就維持原來的修訂內容文字，好，那這個案子還有沒有其他意見？

王玲玲科長

主席，有關 92096C(牙齒外傷急症處置)，在討 1-3 頁，在本署意見裡面相關文字限經中華民國牙醫師公會全國聯合會同意函送所轄保險人分區業務組核備之院所申報，最近這幾天有接獲社保司對文字有意見，可不可請社保司跟我們說明一下怎樣修正？

朱日僑代表

原來在牙統方案通則那邊原來寫法是經全聯會審查後，由分區業務組核定，同樣用語大家兩邊是不是一致？

主席

經全聯會審查函送分區業務組核定之院所申報，這文字 OK 嗎？有沒有意見？

溫斯勇代表

剛剛朱代表提的意見是依照跟牙統類似的模式，是這樣子嗎？

朱日僑代表

因為”同意”二字會讓外界誤以為是全聯會在行使公權力，所以建議文字上不要用同意。

主席

好，文字修正為”審查核定”，還有沒有其他意見？如果沒有就到第二案。

討論事項第二案：偏鄉地區巡迴醫療及身心障礙特殊醫療服務之感染管制訪查流程

主席

請疾管署代表補充說明。

疾病管制署徐士敏護理師

針對牙全會提出的「牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」跟考評表，本署回覆的意見詳如議程資料附件 3。還是希望牙全會能依照健保署近期公告的「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」為主，因地制宜進行內化調整。會前有先詢問過健保署有關牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧的情形

時，瞭解在執行巡迴醫療、特殊醫療照顧的診療環境上會有很多不同的狀況。所以，原則上牙醫的診療作業還是希望能按照健保署公告的牙醫院所感染管制 SOP 作業細則為主，在執行偏鄉地區巡迴醫療或特殊醫療照顧時，視當下牙醫服務診療環境及相關設備與臨床作業流程，進行內化調整。另外，在牙全會提出來的資料中，雖然在診療中有強調把手套脫掉後再做其他工作，可是沒有看到，脫掉手套後執行手部衛生這件事情，考量到手部衛生是感染管制措施的基本原則，因此，在診療作業前及診療中應該增列手部衛生感染管制措施。還有，由於在巡迴醫療或特殊醫療診療後，可能沒辦法馬上進行清潔消毒這些使用過的器械，也建議可以把針對污染器械若無法立即執行清潔去污時，可先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，以利器械清洗之措施，列在這份牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關牙醫院所感染管制的 SOP 作業細則中。

主席

好，謝謝疾管署，全聯會有沒有意見？

許世明代表

關於在巡迴和醫缺醫療這部分，全聯會內部開會是徵詢很多實際有在執行的醫師，並參考基本感控的標準所做的，當然是沒有辦法像診所或醫療站嚴格遵守標準執行，例如醫缺有去到一些廟宇，很多都沒有這麼好的設備，像洗手部分，我們就會嚴格要求乾洗手之後才能換手套，我想這樣應該是可以的。我們擔心增加太多要求，一些不是跟病人安全有直接關係的部分，就暫時沒有列入，只是再觀察，只要是跟病人安全有直接關係的我們都有列進去，要因地制宜，有些地方沒有辦法做到這些，例如管線消毒有些地方只能使用躺椅，雖然我們都有盡量要求要有治療椅，這是一個原則、一個標準而已。

主席

好，謝謝。疾管署這邊有兩個要求，你們應該能接受，一個是手部衛生，也就是即使換了手套也要洗手，如果沒有水也要使用乾洗手，這部分應該可以做到，另外一個是器械消毒，如果無法立即清潔去汙，也要有個所謂的維持溶液，應該要放在維持溶液裡面，防止器械汙染。這兩個建議是疾管署特別提出來的，這樣可以嗎？

黃福傳代表

補充一下，身障病患的部分還好，都在機構裡面，醫缺地區的落差就很大，比如說後天我們要去離島，如果要去那邊巡迴的時候，就要帶很多東西過去，剛剛主委也有提到，如果是與病患感染沒有太大關係的話，其實執行可行性很難提高，因為要比照診所或醫療站的要求是有困難，如果是一級的地區可能還好，但如果是二級到四級地區要去執行這個，真的會有落差。

主席

這兩個要求，一個是洗手，一個是器械消毒，維持溶液有困難？

簡志成代表

我們現在會把器械清洗乾淨，用酒精棉做初步消毒，之後再帶回來消毒，如果要在當地泡著的話，溶液運送會有問題，去的時候可以，但帶回來已經是使用過的溶液，會有點困難。

主席

疾管署的意見？

簡志成代表

我們目前已經有在辦法的第四點裡面寫了，會用酒精棉消毒，以去除表面的汙染，然後再打包回去消毒。

疾病管制署徐士敏護理師

如果醫師在巡迴醫療實務上或在偏鄉、或比較困難場域裡，真的沒辦法準備「維持溶液」(holding solution)，對於牙醫師所提到使用用酒精棉或紗布進行使用後器械的前置處理如果也可以達到去除掉沾在器械表層的體液、血液，不會有 coating 在上面的話，也是一個方法。建議增修這一點的考量，主要是擔心如果沒有進行使用後器械的前置處理，血液、體液一旦 coating 在器械表層上面的話，在後續的消毒與滅菌上作業上，可能會導致消毒或滅菌的不完全。

簡志成代表

基本上這兩樣是分開的，剛剛代表有提到，診所端一定會做，我們現在是在講外展的地方，應該要切開。

主席

現在疾管署的意思就是，當時如果沒有做的話，回來就洗不掉了。

簡志成代表

剛剛就有說我們會先清洗過再帶回。

疾病管制署徐士敏護理師

因為不確定使用酒精紗布擦拭是否能達到完全去除器械上的血液、體液，如果沒辦法去除 coating 的血液、體液，器械帶回來後還是很難清洗掉。

鄭信忠代表

很謝謝全聯會把 SOP 寫得很清楚，出去巡迴要考慮到像是打仗一樣，是一個緊急醫療站，但越是簡單的醫療站，越是要注意交叉感染，血液、唾液更是要注意，因為急就章，所以忽略 blood 或 saliva 的 infection，不小心更容易得到，這個概念很重要，所以要防範 blood 或 saliva 的 infection，那我有個小小的建議，請看附件 1，攜帶型箱型設備，開診前後需用酒精消毒，這個設備是包含什麼設備？只有寫設備，然後前後用酒精消毒，這樣就好了嗎？酒精是屬於中等程度低階的消毒液體，所以我建議要改一下，看能不能這樣寫，開診前後需依”牙醫院所感染管制 SOP 作業細則「牙科器械消毒及滅菌」” 辦理，也不用寫太多，該怎麼做就怎麼做。那第五點的正面表列的項目須用高壓滅菌後器械裝入無菌器械盒或個別包消並標示消毒日期，這個不太對，把消毒過的器械放進去無菌容器，應該是要把器械放進去容器之後，整個拿去消毒才對，或者是放在消毒包之後一起消毒，我也知道外面可能不方便，所以建議把後面幾個字去掉，”須高壓滅菌”之後的”後裝入無菌器械或個別包消”這些字去掉，改成”須高壓滅菌並標示消毒日期”這樣就好，強調高壓滅菌，至於怎麼用，因為因地制宜，寫得太籠統又會有遺漏，重點是高壓滅菌與標示，所以把那些字去掉，這是有關於診療前的部分。我也同意疾管署所提出的乾洗手及濕洗手是重點，應該是要列入這裡面，再來爭議最大的是診療中第四點，我也是一直思索，”若無消毒設施時，應以酒精棉/紗去除器械表面之口水或血液”，為什麼器械使用完要放在 holding solution？因為我們的口水及血液裡面可能含有病毒、細菌，很容易乾掉就附著在器械上面，那乾掉之後要再清洗、再刷就會很難，要花很大的力氣，而且清洗的過程手部的傷害機會也可能變高，而且去污沒有去乾淨的時候，滅菌消毒效果會降低，更重要的是器械的消耗會更高，所以在診所沒有馬上清潔的話，我們就會放在 holding solution，但在戶外，坦白講，很難有 holding solution，所以我建議帶個小小的浸泡、濕潤容器應該還可以啦，我嘗試配合疾管署，這樣改看看大家覺得可行不可行，改成”若無消毒設施時，應先暫存在清潔液或酵素清

潔液等維持溶液，等結束門診後進行立即清潔”，就是盡量不要用擦的，擦很危險，而且用一個小小的紗布擦，倒不如放在溶液裡面做初步的清潔，再包裝起來帶回診間，就是強調 primary cleaning，我反對用洗的、紗布擦的。再來是，垃圾分類的第一條，”分別放入有蓋容器內或分類垃圾袋”，我們幾乎沒有有害廢棄物，大多是醫療廢棄物，沒有放在所謂的垃圾袋中，一定要放在容器內，所以我建議”分類垃圾袋”這句話刪除，直接寫”分別放入有蓋容器內”，以上是我小小建議，給大家參考，還是很感謝全聯會鉅細靡遺地寫出來，我覺得寫得很好，如果我寫也不會寫的這麼好，只是在一些細節略微增修。

主席

謝謝鄭教授。來，簡醫師。

簡志成代表

補充一下，有關攜帶式的牙醫醫療設備，開診前後要消毒，基本上因為帶回診所都會做這些消毒，比照作業細則就是要做一些沖洗，不可能到患者家才開始沖洗，這些步驟我會做前置作業，而且也不是每天去，一定是在診所重新準備好，等到下次出診在帶出去，是這樣的情形，所以至少要讓大家做到隔一段時間才出診，在出診前也要把清潔做好，那有些地方幾乎是一個患者就用一組設備，所以即使是打包回來消毒，也是一個病患用一組設備，如果是用浸泡的，一天看十幾二十個病患，如果每個都要這樣泡，那量會有多大，甚至我們要怎麼處理泡完的 solution？又是個醫療廢棄物，這不是我們能處理的，所以才會有有些因地制宜的方法，在台灣本島或離島一些更偏僻的地方，我們除了製造了廢棄物，還要再運送這些廢棄物，這對於外展的這些業務來講，loading 會比較重，所以才會有這些能兼顧實務面與消毒面的方式。

鄭信忠代表

講得太好了！我提供個人的小小建議。第一個建議消毒滅菌細則，各位去看看裡面是甚麼項目，只有一個表格而已，只有 critical、semi-critical、non-critical 等三種，你自己去處理，也沒有叫你去管路消毒，都沒有，非常簡單，絕對是方便全聯會的執行，並不是找碴，絕對是方便、解套。第2個，我本來是這樣想，在戶外看診或在診間看診不一樣，差很多，差在 disposable，我們不建議動不動就用 disposable 的器械，但是有個例外是在義診時大量病患，可以允許用拋棄式的檢查器械，如牙科三寶包，可以不用消毒，但是就是因為不用消毒，所以你

不能放在那個垃圾袋裡面，一定要放在容器裡面，避免尖銳的探針會插出來，所以我會因地制宜，不會食古不化啦，這樣子的話，真正要消毒的 item 不多啦，我們也做過 survey，當然希望大家越方便越好，用原則性的方式來處理，確實有很多多樣性的環境存在。

主席

現在爭議比較大的是 holding solution，這是疾管署與鄭教授都建議需要的，而且也是對器械比較安全，不然回去都刷不掉，這也是麻煩，那垃圾分類不要用垃圾袋，要放在容器內，這應該可以，乾洗手你們也同意了，高壓滅菌跟標註日期也同意，只剩下 holding solution 的部分，必須要有個方法。

簡志成代表

是不是可以不要浸泡？因為使用過的溶液是醫療廢棄物，我們也要找人處理，會變成我們找不到地方處理，需要運送回來，我們可以用酒精、酵素等用紗布擦拭之後再帶回來，不然會造成實際操作上有困擾。

主席

疾管署跟鄭教授建議，鄭教授是感控專家。

簡志成代表

這部分我可以接受，但是還會增加一個運送的作業。

疾病管制署徐士敏護理師

請問牙醫巡迴醫療是不是有很多不同場域？因為我看你們診療前有寫到，第5項，有些可以高壓滅菌，像醫療站，所以就像剛剛醫師所說的，義診的時候不可能有這些東西，但可以把條文放到診療前，我的意思是條文有規定，但是有些地方因地制宜可以再調整。

簡志成代表

因為外展的服務分成很多地方，例如有些偏鄉的學校也沒有場地，要借旁邊的廟或者民宅、村里辦公室當作醫療站，有些教福機構沒有這麼多房間，要跟一些教室、護理站共用空間，那變化這麼多的情況下要用同一標準，會很難要求他們，當然有設備叫醫療站，我們絕對是比照診所標準辦理，但很多地方不是的話，能不能有變通的方式？很多場地都很克難。

許世明代表

有專家在這邊，我聽起來理解沒有錯的話，器械沒有泡 holding solution 的話，

將來帶回來消毒滅菌會比較困難，應該還是能消毒滅菌的，既然這樣 holding solution 執行面有些困難，我們會內討論的時候，很多醫師都會說乾脆不要去了，真的現場反應，但我們也盡量站在病人安全的立場，以前都沒有這些東西，好不容易踏出這一步，希望不管是偏鄉的廟宇、學校操場，不管任何場所，還是要把病人相關的安全做好處理，所以 holding solution 部分因為執行面有困難，我們不建議修訂，但希望專家跟疾管署提供我們不浸泡 holding solution 的器械，回來要怎麼才能徹底消毒乾淨，讓這些院所回去好好地做，至於會影響器械壽命，我想是這些醫師要自行承擔，在這邊還是大原則，直接影響病人交互感染或病人安全的部分，可以有因地制宜或折衷的方法，但如果專家認為非這樣規範不可，我們也只能原則同意，回去之後我們會再跟第一線醫師溝通，基本上全聯會立場是不建議。

鄭信忠代表

我想這樣好了，考量第一線人員執行的困難度，我做一個折衷的修正，就拋開 holding solution 這個名詞，改成”應以消毒劑或酵素液等處理之”，”處理之”是一個廣泛的用詞，如果不用水，沒被插到就很好，如果有水，就浸泡，這樣也不失學理，要跟學理搭上，為了方便就把學理拋在後面，這樣不行，這樣就可以啦，treatment include，這樣可以嗎？疾管署長官可以吧？請主席裁示。

主席

疾管署呢？好，如果專家們都覺得可以，我們就尊重，修正通過。那明後天我們要去澎湖，高屏區的同仁會去吧？麻煩看一下他們怎麼消毒，要怎麼落實。

疾病管制署徐士敏護理師

想再請問這份「牙醫巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」中『診療前』項下的第 5 項，須高壓滅菌後裝入無菌器械盒或個別包消並標示”消毒”日期，這段文字應該指的是”滅菌”日期。還有，『診療中』項下的第 4 項，若無”消毒”設施時，依據整段內容的文意，建議是否酌修文字改成”清潔消毒滅菌”設施？

主席

好，可以嗎？可以，那就照著修正，謝謝疾管署的幫忙，那這案就修正通過，後面兩天就要去澎湖驗證，請他們好好 Demo，還有要修正抽樣比例的部分，這部分大家有沒有意見？請醫管組說明。

醫務管理組劉林義專門委員

請問這是不是也比照一般感控的規定？並且定期召開共識營？還是要訂定不一樣的標準。

許世明代表

這部分我們本來是想先有個原則之後，讓大家學習，然後計畫是在一些考評，也就是醫缺醫師的考核辦法裡面是有的，本來是要把這些放在考核辦法裡面，所以訪查部分會跟一般的不太一樣，我們是要求每個執行方案的院所都要符合規定，至於訪查及考核會併同其他計畫，例如特殊計畫，去做規範，至於要不要拉出來跟一般院所一樣，用同樣方式去訪查考核的話，這部分我們要回去進一步討論。

主席

好，謝謝。特殊及醫缺的感控 SOP 今天通過，有沒有落實執行是更重要的，現在一般感控有抽樣、有實地訪評，這部分因為今年剛通過 SOP，是不是今年就請大家去輔導，明年就要訂抽樣去實地訪查，給一點輔導期好不好？但是明年上半年就要開始進行實地訪查，請在下次會議提出醫缺及特殊服務實地訪查的計畫，明年再執行，今年要趕快宣導，好不好？好，那就下一案。

討論事項第 3 案：修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表之 3. 專業醫療服務品質指標(略)

主席

本案修正依牙全會建議保留追蹤治療率，刪除一個保留一個，大家有沒有意見？沒有就通過，下一案。

討論事項第 4 案：修訂支付標準第三部牙醫第三章第一節牙體復形部分診療項目支付規範(略)

許世明代表

事實上支付表在所有牙醫師認知，大家都知道是同一院所，全聯會也可以接受，會導致如此應該是很早以前有跨院所重補牙的輔導率，針對重補率較高院所抽審、醫管等措施，所以有些院所就直接剔除。本案要看署方或業務組相關規定(懲處、記點等)，我想不管是不當拒絕病人就醫或巧立名目收自費，希望署方處理，全聯會無法做處理。對於全聯會而言，因為這些牙醫師對於努力的醫師反而是不公平，做了這麼多善事，卻因為有人做不好而被全部抹煞掉，這部分是全聯會的立場。事實上民眾也投訴到全聯會來，希望全聯會用公權力懲處，但我們沒有任

何公權力，但我們有盡量用會內方式善意回復，以上說明。

主席

好，謝謝，所以全聯會知道個案的事嗎？

許世明代表

知道。

主席

那你們怎麼回復民眾？

許世明代表

第一，我們解釋健保相關業務屬於健保署權責，關於醫師懲處屬於地方主管機關衛生局，全聯會裡面會有醫學倫理委員會，針對醫學倫理方面我們可以針對會員做警告，更嚴重的處置就是移送地方主管機關。事實上在前年也有 2 件醫學倫理的案例，在電視上不當廣告部分，我們決定移送衛生局，最後衛生局決定不處置，雖然我們全聯會是有建議權，以上。

主席

臺北業務組有要補充說明嗎？沒有。好，這個案子我們重申支付標準限同一院所，即使我們沒有寫，剛剛主委也說明就是為同一院所，現在就明寫為同一院所。先前討論的洗牙是半年內不能重複執行，也是同一院所，你們堅持不要處理跨院所，剛剛討論跨院有 35.2 萬件，決議是看分布，看是集中或平均分配，而且是前手。這個案子是補牙，補牙有一個統計，跨院是 2.3 萬件，沒有洗牙那麼多，但如果這些每個都拒絕的話也是茲事體大，本案我們再次重申是同院，宣導跨院不要拒絕民眾重複的補牙，但是如果是因為前手補的太爛丟給後手，這也是品質問題，所以這跟洗牙一樣也要追蹤前手，後續看看是誰製造這樣的病人，這個案子是不是就同意支付標準這樣寫？

陳雅光代表

當然在整個解釋過程中牙醫師的責任比較大，但還是要請署方考量城鄉差距的部分，有時候我們已經告知病人這已經補不住，但他硬要補，可能啃瓜子就掉了，又要我們再補，這種城鄉相距跟他告知做牙套要 8,000 元，他會回沒錢，但是他會一再要我們幫他重補，我們當然也理解病人自費需要花一點錢，但是在醫學原則他已是不適合補牙，但是病人就是希望幫我補一下撐過今天就好了(例如：今天吃喜酒)，但是下禮拜啃瓜子又掉了，當然我們不否認有醫療品質問題，但真的

也有一些城鄉差距部分，如果署方要重申這部分我們不反對，但不能用太強硬的手段對付牙醫師，可能以後會遇到就是不處理，當然以後重補的費用將來可以稍微提高有夠成本，這是以後的問題。我覺得這是基於同儕制約的約束而不是法律約束。

溫斯勇代表

原本支付標準規定就沒有要限定不同院所，它就是同一院所，健保已開辦 20 多年，這些支付標準是累積前人多少的經驗智慧，我們居然要因為一件投訴案而加這幾個字，而且只加這幾個醫令，其實我們支付標準都有一些在一定期間內不得再申報醫令規範，是不是未來如果還有一個就還要再改一次，像支付標準精神除非有特別規定，否則就是限定在同一院所，在支付標準這幾個醫令再加這幾個字是畫蛇添足，未來還有多少因為這樣而要加這幾個字，個人覺得健保署的智慧應該要堅持，事實上已經重申過為同一院所，這樣支付標準隨意更改會讓人覺得以前的考慮欠周全，事實上是沒有，以上。

主席

陳代表是說是有些是病人問題才會造成需要持續需要重補，溫代表是說本來這個醫令就是同一院所，不必明寫，請問理事長意見是要改還是不改？

王棟源代表

全聯會這邊同意修正。

主席

其實我們明寫背後本來只是讓有爭議的人更加清楚，並沒有改變原來的意思，至於特別是陳代表剛剛提到有特殊病人無理要求，也不應該縱容他，這一題我們也要對前手作分析，像這種病人不會都在同一院所，所以還是對前手作分析，下一次大家再來看看對策。這樣可以嗎？可以的話第 4 案就討論到這裡，謝謝大家。有沒有臨時動議？

劉經文代表

報告一件事，明後天要去澎湖(採訪)，裡面除了離島還有特殊需求部分，謝謝「黃純德代表及署方幫忙」。

主席

祝福您們參訪順利，順便 DEMO 你們牙特、偏鄉、離島醫療的感控，麻煩隨同高屏業務組、甘委員也一併督促檢查，今天會議就到這邊，謝謝大家。

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。

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：_____