

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

106年度第1次臨時會會議紀錄

時間：106年12月5日(星期二)下午2時整

地點：18樓大禮堂(衛生福利部中央健康保險署)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：張毓芬

出席人員：(依據姓氏筆劃順序排序)

代表姓名	出席	代表姓名	出席
朱代表日僑	朱日僑	翁代表德育	翁德育
溫代表斯勇	溫斯勇	連代表新傑	連新傑
吳代表成才	請假	黃代表福傳	黃福傳
吳代表明彥	吳明彥	黃代表金舜	沈采穎代
吳代表享穆	吳享穆	黃代表立賢	黃立賢
吳代表廸	吳廸	林代表敬修	林敬修
呂代表軒東	請假	李代表純馥	李純馥
杜代表裕康	請假	張代表雍敏	請假
季代表麟揚	季麟揚	張代表文龍	請假
林代表俊彬	林俊彬	簡代表志成	簡志成
林代表靜梅	請假	劉代表經文	劉經文
林代表惠芳	滕西華代	蔣代表維凡	蔣維凡
沈代表茂榮	沈茂榮	黎代表達明	黎達明
許代表世明	許世明	謝代表尚廷	謝尚廷
許代表文祥	許文祥	謝代表武吉	王秀貞代
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山

列席人員：

單位

衛生福利部

全民健康保險會

中華民國牙醫師公會全聯會

中華民國藥師公會全聯會

出席人員

蘇芸蒂

陳燕鈴、陳思琪

柯懿娟、施奕含、邵格蘊、許家禎、

潘佩筠、林靜宜

洪鈺婷

台灣醫院協會

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

本署資訊組

本署醫務管理組

林靜梅、鄭禮育

林怡君、何翠華

陳祝美

林淑惠

郭碧雲

施怡如

劉翠麗

曾玟富、高浩軒、蔡家倫、陳宛君

姜義國

劉玉娟、張溫溫、林淑範、谷祖棣、

劉林義、韓佩軒、李佩純、宋兆喻、

劉勁梅、涂奇君、劉立麗、歐舒欣、

林沁玫、邵子川、林蘭、張毓芬、

吳韋均、鄭正義

壹、主席致詞(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「107 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本次會議同意修訂重點如下：

(一)執業計畫：

1. 依 106 年第 4 次會議決議，增訂曾為「同一鄉鎮」已歇業醫事服務機構之負責醫師參與計畫之年限計算方式。
2. 施行地區新增新北市坪林區(1 級)、金門縣金寧鄉(3 級)、新竹縣北埔鄉(1 級)、雲林縣元長鄉(1 級)；刪除宜蘭縣員山鄉、高雄縣六龜區、澎湖縣湖西鄉；花蓮縣豐濱鄉、台東縣(卑南鄉、鹿野鄉、東河鄉、長濱鄉)共 5 個鄉鎮由 1 級提升為 2 級。

(二)巡迴計畫：

1. 新增品質獎勵指標如下表，巡迴點之指標包括同時符合看診時須具備固定式診療椅及病人牙齒填補 2 年保存率 90%；社區醫療站同時符合除上述 2 項指標，以及醫師及其執登之院所須具健保牙醫特殊醫療服務計畫承作資格和醫師須每年完成 12 件根管治療案件等 4 項指標，符合指標之醫師，巡迴點論次點數加成 15%、社區醫療站論次點數加成 30%。本案暫試辦 1 年，預期達成指標請全聯會提供修訂意見。

指標	巡迴點醫療服務	社區醫療站醫療服務
	每年同時符合以下兩項情形者，每位醫師論次支付點數加 15%。	每年同時符合以下四項情形者，每位醫師論次支付點數加 30%。
1	看診時至少應具備一個固定式診療椅，並符合感染管制 SOP 作業細則，且定期維護。	看診時至少應具備一個固定式診療椅、X 光機設備，並符合感染管制 SOP 作業細則，且定期維護。
2	病人牙齒填補 2 年保存率 $\geq 90\%$ 。	病人牙齒填補 2 年保存率 $\geq 90\%$ 。
3	-	承作醫師須具「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」承作資格，該醫師之執登院所亦須為該計畫之照護院所。
4	-	每年要完成 12 件根管治療。

2. 同意社區醫療站除可申報特殊醫療計畫，增加得申報牙周病統合照護計畫，修訂重點如下：
- (1) 承作醫師須具牙周病統合照護計畫資格。
 - (2) 申報牙周病統合照護計畫者，可依該計畫規定申報醫療費用，並由牙周病統合照護計畫專款支應，本計畫不再額外加計 2 成；論次支付點數則依本計畫規定申報。
3. 高雄市(甲仙區、六龜區)、花蓮縣(豐濱鄉、富里鄉)、台東縣(卑南鄉、太麻里鄉、鹿野鄉、東河鄉、長濱鄉)、共 9 個鄉鎮由 1 級提升為 2 級。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂及新增項目內容」，提請討論。

決議：本次會議修訂重點如下：

1. 同意調升診察費共 4 項：符合加強感染管制之牙科門診診察費-每位醫師每日門診在 20 人次以下部分(00129C、00130C)由 313 點調升為 320 點；符合加強感染管制之牙科門診診察費-山地離島地區(00133C、00134C)由 343 點調升為 350 點。
2. 同意調升手術及處置費共 3 項：去除釘柱(90008C)由 1,000 點調升為 1,235 點；單純齒切除術(92015C)由 2,100 點調升為 2,730 點、複雜齒切除術(92016C)由 3,600 點調升為 4,300 點。
3. 齒顎全景 X 光片攝影(34004C)，請分區業務組另設異常指標管理，進行立意抽審。
4. 修訂齒顎全景 X 光片攝影等 6 項診療項目支付規範文字，及修訂第四章牙科麻醉費通則文字。

第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「107 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，提請討論。

決議：

1. 同意修訂照護人次：第 2 階段由 150,000 上修為 230,000；第 3 階段由 110,000 上修為 184,000。
2. 108 年牙周照護納入一般服務後，不得再因牙周病治療收取自費；請全聯會再檢視修訂方案內自費規定。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「107 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提請討論。

決 議：

1. 同意修訂服務人次：由 106,350 上修為 117,000。
2. 同意 107 年本計畫到宅牙醫醫療服務費用改由其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應。
3. 有關牙全會提案於醫療資源不足地區增列日間照顧中心為服務地點一節，因已於醫缺方案修訂，本計畫不再重複增訂。
4. 同意醫療團服務地點新增「社區醫療站」服務，其論次費用由全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案專款支應，並按該計畫規定申報，論量支付點數則依牙醫特殊計畫規定申報。

第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案 由：修訂「107 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，提請討論。

決 議：

1. 牙周病顧本計畫指標，達標申報件數由 3 件上修至 12 件，占分由 5%下修至 3%；同意新增參與特殊醫療服務計畫指標，達標申報件數為 2 件，占分為 2%；牙周病統合照護品質指標，達標申報件數由 3 件上修至 6 件。
2. 請牙全會研議將有關新增 X 光上傳雲端及列印收據明細規劃指標，納入未來品保款核發之考量項目。

第六案

提案單位：醫務管理組

案 由：有關「107 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所施行全身麻醉規範，提請討論。

決 議：同意修改本計畫執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相

關法令規定並於進階照護院所執行，惟醫療資源不足地區及山地離島地區得於初級照護院所內執行。

參、**臨時動議**

第一案

提案單位：醫務管理組

案由：107年度牙醫門診總額一般服務案件之保障項目及操作型定義，提請討論。

決議：有關107年點值保障項目比照106年通過(即除藥費外不予增加)。

肆、**散會：下午6時20分**

伍、**與會人員發言摘要詳附件1。**

106年牙醫門診總額研商議事會議第1次臨時會議實錄摘要

壹、主席蔡副署長淑鈴致詞(略)

主席 蔡副署長淑鈴

首先確認上次會議內容，上次第 6 案醫缺尚未討論完，第 4 案英文翻譯部分及第 3 案品保款保留。牙全會在本次會議有回應的提案分別為醫缺及品保款，英文翻譯部分尚沒有提案。有其他意見嗎？沒有的話就從第 1 案醫缺方案開始。

謝代表尚廷

建議先討論原第 7 案支付標準，再來討論原第 6 案醫缺，這 2 案順序可以對調嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

好，請全聯會請說明本案。

貳、討論事項

第 2 案 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂及新增項目內容」 (原第 7 案)

吳代表迪

首先說明費用調整，這部分是因應署的回應說明(補充資料第 136 頁)，第一是診察費調升，雖然五年內已調升 15-18%，但這五年基本工資調漲為 18%以上，時薪部分調升已達 28%左右，所以預估診療費其實是相對明顯不足。第二成本分析的預估時間在新版補充資料有做調整，醫師、護理人員及行政人員的耗用時間由 20 分鐘調降到 8 分鐘，但就實際看診到結束以及後續消毒等相關作業，用人成本在實際耗用時間更多。本次提案支付點數從 313 點提升 320 點，但實際預估成本總計為 402 點，就成本而言相對還是不夠，只是調整到接近的數字。希望透過調升感染管控的診察費，鼓勵醫療院所去提升醫療環境品質。另，去除釘柱、單純及複雜齒切除的診療項目修訂原因是這些屬於難症項目及反應成本上升。

主席 蔡副署長淑鈴

各位代表有沒有意見？

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

關於成本分析表有 3 個問題請教吳醫師，首先在感控部分診察費，設備費用中治療椅占用 30 分鐘，是指病人在這個椅子治療的所有時間？或是做感染管制占用時間？剛有提到成本要 402 點，但本次提案只有調到 320 點，但這和計算成本有關係，如果你的成本按照這個標準，明年會再 argue 實際成本 402 點，但去年只有調到 320 點，終究還是會逐年調整到 402 點。這對保險成本是一樣的，並沒有少，所以想瞭解究竟計算成本的合理性。第二是去除釘柱的用人成本，提到主治醫師和護理人員同時要耗用 60 分鐘，這是很特別因為在牙科除了特別手術或治療外很少看診 60 分鐘，請幫忙說明。第三健保署的回復意見，明確告知符合加強感染管制之牙科門診

診察費近5年已調升3次，調幅16-18%，我想瞭解本次感控部分調整除了人事費用改變外，臨床上的感染控制成本究竟有什麼改變。可以把成本算得更明確嗎？因為量沒有很大，為什麼足以證明成本不足？

主席 蔡副署長淑鈴

這幾個支付標準調整都有共同的問題，首先是成本分析表內所指的護理人員，應是牙科助理。其次是感染管制之牙科門診診察費，耗用時間在用人成本和設備費用並不一致。第三，成本分析表和作業流程是互為關聯，你們成本分析表中用人成本和設備費用的占用時間是一致，但細看作業流程卻有差異，例如單純齒切除在成本分析為使用氣動磨牙機是70分鐘，但對照作業流程，只有中期使用40分鐘，並不是全程都有使用器械，有前後不一致的地方，請問這幾張成本分析表和作業流程占用時間的計算方式？

吳代表迪

首先，以牙科治療椅設備的占用時間，包含從消毒開始到患者離開診間，而不是單單只有計算患者坐上治療椅的時間。接下來是診察費說明，例如消毒鍋的消毒時間流程也占用一定時間成本，並不是單一患者作為計算方式。第三在去除釘柱、單純及複雜齒切除部分，如果有需要的話可以把它寫得更完整。

主席 蔡副署長淑鈴

你弄錯了，占用時間是指設備折舊每分鐘的金額，計算真正使用的時間，並不是設備空在哪裡也算占用時間，本署和牙全會的概念並不一樣，應該是還有修正空間。

連代表新傑

我補充一下，第6頁設備提到氣動式磨牙機為40分鐘，是把硬體部分通通算在一起，下次在成本分析會把它修正為更明確。至於治療椅，根據感控流程，在看診前管路就開始出水，看診結束後還有一定的消毒時間，包括水線吸水在清潔，所以也算占用時間。

主席 蔡副署長淑鈴

這不是占用時間，是計價材料和藥品成本。

連代表新傑

雖然患者沒有坐在治療椅上面但它還是持續運轉，例如齒切除，患者血水會殘留在管線內，必須讓吸管持續運作，讓水流沖過管線進行消毒。

主席 蔡副署長淑鈴

關於設備占用時間部分可以再說明嗎？例如，複雜齒切除術所使用的氣動磨牙機，成本分析表提到設備費用為120分鐘，但在作業流程只有提到中期為80分鐘。

吳代表迪

占用時間的細節部分可以再做一些調整，但實際上的差異應該是很有有限的。

主席 蔡副署長淑鈴

爭議點在於設備耗用時間，例如剛講牙科治療椅、氣動磨牙機、手術器械，這些設備並不是在全程看診中都會使用到，所以是不是有修正空間？

吳代表迪

可以在細項分列的更清楚，但實際上占用時間的差異是有限的。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

最後三項設備費用未列治療椅，難到不用治療椅嗎？此外以單純齒切除這一項目為例，前面的成本分析表設備費用占用時間為 70 分鐘，但後面的作業流程在中期的設備使用時間為 40 分鐘，請問前後為何不一樣，若對應一致會有差別嗎？

蔣代表維凡

以每分鐘折舊金額及占用時間的計算基礎來說，全聯會是以這個器械 24 小時都有可能被使用的基礎去攤提估算，但若只計算真正被使用的時間，那每分鐘使用成本及折舊金額可能更高，我想這只是計算基礎的差別，若重新計算，結果應該還是類似。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

牙醫與其他總額在使用年限及折舊的概念不太一樣，是否可定義清楚。

主席 蔡副署長淑鈴

這個折舊的概念應該不是各自解讀，應是有一定的規則，我們先暫時討論到這裡，等負責這個成本分析業務的同仁上來說明定義後，我們再繼續討論。

謝代表尚廷

目前口腔外科的醫師愈來愈難招募，我們希望能儘量提高口腔外科的給付點數(如這次的齒切除術)，鼓勵更多的醫師投入；此外，為了保留病患的牙齒，我們這次也調高困難項目「移除釘柱」項目的給付。

主席 蔡副署長淑鈴

非協商因素中調點數的方式有二種，在日本，一種方式是每一項支付標準都整體往上調整(例如依物價往上微調 0.01%)，另一種方式則是調整重點項目的支付標準，這種調整幅度的百分比會比較高。在台灣，過去各總額很少會選擇整體調整，大多是選擇調整重點項目的支付標準，這就是一種選擇，我們是尊重大家的意見及選擇，現在請同仁來說明。

醫務管理組 涂奇君

成本分析的設備費用，會校正(1)使用年限、(2)每分鐘折舊金額，其中「使用年限」是依據國稅局固定資產耐用年數表，以 7 年做為校正年限，「每分鐘折舊金額」則是以取得成本/使用年限/(全年使用時數*工作負荷比)/60 計算，使用時數是指全年儀器的使用時間而非 24 小時的開機時間，使用時數我們會再乘上工作負荷比 80%，是指開機後確實有使用在本診療項目的時間。

主席 蔡副署長淑鈴

依照上述所說的計算方式，在「每分鐘折舊金額」及「使用時數」方面，請全聯會再做計算及修正後，最後再繼續討論。此外，在用人成本上，西醫基層是估每人每分鐘 5.9 點，牙全會這裡用護理人員估算每人每分鐘 8 點，因牙科診所具合格護理人員的比率很少，應用牙助或行政人員的成本來做估算，這樣才與各總額的計算方式一致。接下來進行醫缺方案的討論。

第 1 案 修訂「107 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」 (原第 6 案)

黃代表福傳

巡迴點或醫療站還是有額外的支出，此外年輕醫師參與的意願都不高，為鼓勵他們加入，希望看看能有什麼不同的想法。

主席 蔡副署長淑鈴

在社區醫療站每年完成 12 件根管治療，即 1 個月完成 1 件，支付點數就可以加 30%，我們希望更多醫師照顧更多偏鄉民眾，如單價提高，就把經費用完了，再有醫師去時經費就沒有了，本案重點是增加照顧偏鄉的人，還是提高單價？大家覺得如何？

翁代表德育

三級地區的金門烈嶼及離島，論次費用每次 3400 點，包含設備建置，如治療椅、X 光，除醫師交通費外，助理費用也算在論次費用裡，大家以為錢夠了，夠在哪裡？希望大家不要再 k 論次費用的高低，對從事醫缺的醫師不公平，如果費用足夠會找不到醫師嗎？唯一方法是獎勵，把現有預算做統合效率的運用。

原議程資料第 123 頁，巡迴點很多在學校，有 50% 以上不願意設治療椅，沒有治療椅無法做感染管制，一半以上巡迴點就不符合。另到醫缺區的醫師有 682 位，其中 199 位醫師符合 2 年內保存率 80% 部分，達不到的醫師可以用獎勵方式，我們採用鼓勵的方法。

社區醫療站 105 年全國有 21 個，既然無法做定點執業，就以社區醫療站讓醫師輪流，假設論次費用可以吸引醫師去，應該會爆滿才對，很多醫師因為我們拜託，1 年去幾次。全聯會想解決醫缺中量不足和品質提升問題，大家有沒有更好的方案，讓我們可以發揮和解決問題。

季代表麟揚

我在台北市立聯合醫院服務曾經到東引支援，經驗告訴我，病人不多，但不能怪醫師不努力，健保有很多地方算經費管控，較少在品質提升，如何鼓勵偏鄉醫師提升品質，需要努力的，目前資料 2 年保存率大於 80%，約 30%，鼓勵讓 70% 的醫師可以 30% 看齊；社區醫療站大於 83%，約 11%，在有限的經費，讓 90% 的醫師以 10% 看齊。此外，有關一年根管治療完成 12 件以上的獎勵指標，其實根管治療做的好可以保留病患牙根，不用拔掉牙齒，讓後續做植體不用磨掉旁邊的牙齒，這對病人是有好處的，如預算可以提升醫療品質是值得的。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

第一疑問，巡迴點醫療服務和社區醫療站不同的加成，為什麼巡迴點加成 15%?社區醫療加成 30%?依據牙全會資料巡迴點的環境較差，社區醫療站 100%都有治療椅，牙醫師執行業務較方便，為什麼不是巡迴點加成較多呢?

第二疑問，在品保款對偏遠地區巡迴點或醫療站，如有特別加成就不需要用偏鄉專款費用來付，希望可以在品保款處理，這專款拿來服務病人，非用來獎勵。

假設不要拿來獎勵，現在可知道醫缺或偏遠地區品質比較差，如果要獎勵，就應提升偏遠地區品質，如牙齒填補 2 年內保存率 105 年 93.55%，但不分區巡迴點牙齒填補 2 年內保存率 50 百分位 84%，全國不分區醫療站牙齒填補 2 年內保存率 50 百分位 85%，因沒有看到眾數資料，如要獎勵可以考慮，但品質指標應要提高。應該有足夠的費用和足夠的誘因，但誘因的錢會增加其他病人費用，應從其他費用支應，所以上次會議才會建議從品保款訂定。

偏鄉醫療也需要地方衛生局協助，有健保署後就好像沒有衛福部，衛福部和地方衛生局都有責任，應給予協助。

翁代表德育

第一點說明，巡迴點醫療服務加成 15%和社區醫療站加成 30%提出不同的加成，是因為貢獻的項目不一樣，巡迴點地點大部分在學校、廟口和老人活動中心，這地方無法讓我們設 X 光，學校一半以上不讓我們設治療椅，巡迴點服務有限，我們是依可提供服務多寡來訂定加成百分比；社區醫療站已被我們要求全部要設置 X 光，所以都可以做根管治療。

第二點說明，有關品質保證保留款，有看其他總額，慢性腎病，糖尿病照護計畫都有獎勵，這有用到該部門的品保款嗎？品質獎勵有沒有用在品保款我看不出來，如西醫基層，我不是說他不好，家醫計畫從民國 92 年試辦到現在，預算的 50%用做品質獎勵，本案僅 0.8%編列品質獎勵。

回應滕代表的問題，保存率是從醫師的檔案擷取，我也覺得不合理，要用全國去擷取。保存率分六區區比較，醫缺地區可以訂低一點，讓醫師有目標努力。

謝代表尚廷

做醫缺的醫師僅 4%，主席和很多人擔心，費用增加後，會減少服務量，我建議可以試試看，2 百多萬如果可以讓更多醫師願意做且符合品質，全聯會願意用一般預算來撥補，能達到量和品質提升，何樂不為，建議先試辦，未來可再檢討。

主席 蔡副署長淑鈴

大家還有沒有意見。

林代表俊彬

我去過 1-2 次偏遠地區，感觸蠻深，他們醫療品質和都會區無法比，我個人覺得需要改善，在醫療品質部分，如何讓更多醫師願意到偏遠地區服務，除非有更好的方案，不然先試辦，如果有效益就繼續做，沒有效益就檢討，如果 2 百萬可以提升偏

遠地區品質是值得的。

主席 蔡副署長淑鈴

大家還有沒有意見。

黃代表福傳

服務量的部分，在醫療站變數較大，符合 4 點就可以領到品質獎勵，建議新增至每次少看 4 位，這樣量才會增加。

謝代表尚廷

就是除符合上述四點外，另外新增至少四位患者，以一年的平均來計算。

黃代表福傳

需要再討論是按季、按月或是按年計算嗎？

謝代表尚廷

針對社區醫療站巡迴計畫的品質獎勵費用，論次支付點數加 30% 的條件除了符合上述四點外，另外新增一個條件是排除看診人數太少的部分，這邊寫清楚，以當年平均每診病人數 4 位(含)以上，按年結算。

沈代表茂棻

這邊看到的都是冷冰冰的數字，其實去醫療站服務都是醫師的真情意；雲林雖然很窮，醫師去募款後為數位化買了 X 光機跟讀片機，因為沒有病人很沒面子，閒暇時寧可在家休息也不想去醫療站服務，再多誘因都沒用；醫師願意去巡迴醫療站很多是賣召集人面子，針對服務量不足的部分，全聯會不僅辦 2 次說明會，還跟計程車行簽約減少交通不便因素，這些都是醫師的熱情，翁主委跟我都想盡辦法去鼓勵醫師，希望政府除了提供金錢的誘因外，也可以站在實質面想一下怎麼找到心甘情願的醫師。另外補充我們真的很在意品質，牙醫師的面子更值錢，品質不夠好的牙醫服務我們寧缺勿濫。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

其實試辦一年看看也無可厚非，剛剛講到保存率閾值上修到 90% 以外，這邊有個小建議：每年完成 12 件根管治療上到底算多還是少？手邊既沒有全國根管治療的盛行率，也沒有社區醫療站看診人數的數據，真的沒有概念，希望件數請全聯會會後可以跟醫管組討論後決定，剛剛主席提到以前沒有這些數據是因為服務提供不夠穩定，牙齒補不好之後又拔掉，拔光之後作的假牙也磨損的很嚴重，根本不堪用；希望會後可以決定每年執行 12 件根管治療到底是不是對醫師的合理要求。拜託一下，明年要能看到合理數據分析，也許醫缺醫師看似拿很多錢，根本不敷成本也說不定。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝。請問其他代表有無意見？這邊討論很久，既然全聯會強力要求給表現好的牙醫師更多一點財務誘因；翁代表也堅持這邊要放論質支付部分，用這個專款支應；這樣也很好，不妨試辦 1 年來看看。考慮現況是照顧病人少，重補率高，有些病人連

重補率機會都沒有，牙齒直接掉了，這些都是黑數；計算兩年保存率時偏鄉數據不一定反映我們所想的。

翁代表德育

保存率在巡迴點不容易控制，學校一定會過去，小朋友回診頻率可以確保；我們現在的執行方式是第一次服務的醫師絕對會作口腔檢查，檢查後的紀錄重新記載過都會留下來，下一批巡迴醫師針對這些數據再作後續治療，比較不會有主席擔心的問題。

主席 蔡副署長淑鈴

我上次看到的是小朋友蛀牙補過的部份都掉光了，距離上次填補也蠻久了，滿口蛀牙也沒有機會重補；如果我們計算重補率時只放有作處置的人才算重補，那些沒機會重補的人重補率數據中也無法呈現。

翁代表德育

重補率數據是累計 2 年數據，如果是到學校巡迴不大會發生(沒機會重補)的情形，社區醫療站雖有可能但是占巡迴點比率很低，相形之下保存率指標對巡迴點更加重要。牙醫師至少每半年都會過去學校提供一次服務，接受補牙的病人，從補牙那一天起算 2 年內重補的病人都會算在第一個醫師頭上。

主席 蔡副署長淑鈴

這邊保存率與都會區呈現的概念還是不一樣，可能接受補牙後受限於巡迴頻率低，下次看到醫師就是半年後了；這邊算到 2 年的概念是如果補牙的品質不夠好，往後算 2 年一定可以看到重補；但是如果等半年才能見牙醫師一面，醫療公平性就差很多了；也許本來重補就可以留下來的牙齒就惡化到需要根管治療或是拔牙了，這樣也不會計入重補率分子。根管治療也一樣，要定義完成率應該有基本的操作型定義，加上第 5 個條件後如果先試辦一年，請問如何定義試辦後成效？可以訂出指標嗎？

翁代表德育

全聯會承諾會儘量提升巡迴頻率，另外預期成效有提到一些。

主席 蔡副署長淑鈴

預期成效那裡提到的是確保民眾就醫安全與提升醫療品質、醫療可近性等形容詞，沒有量化的部分。

翁代表德育

預期成效部分我們寫的不夠詳細，這邊列出幾點：現在巡迴點治療椅總數增加、配合治療椅增加實施感染管控；另外牙體復形率訂在 90%，已經有平均值與 50 百分位數值了，這個指標值會進步；第三點是完成 12 件根管治療醫師數現在是 27 人，將來會大於 27 人；最後想提醒的是我們期望同一醫師去的次數越多越好，以上是醫療品質部分；附帶提一下要提高弱勢民眾就醫可近性，要求去醫療站巡迴的醫師一定要完成特殊服務的訓練，連續好幾年 30 學分的課程；因為巡迴醫療站也許會碰到身

障的民眾，一定要有能力提供服務。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝。請問理事長，我們可以訂一個參與醫療資源缺乏方案醫師數、提供診次及就醫人數增加的指標嗎？希望鼓勵醫師去，但是現在還是有很多民眾沒被照顧到，未滿足需求還是很多；加上去的次數夠多才能完成根管治療，希望成效除了質的提升外還能包括量的提升，如果去的醫師跟診次都增加，可近性也就變高了。如果在現在的服務規模下提升品質，病人還是要半年才能看一次牙醫師，這樣還是不夠，有沒有可能吸引更多醫師投入？

翁代表德育

全聯會可以鼓勵讓更多醫師投入。

主席 蔡副署長淑鈴

請翁代表再考慮一下；在民眾的角度也希望看到醫師的次數變多，如果用總診次與總病人數的角度來衡量，這樣可以嗎？或用服務總時數與病人次數概念也可以。

連代表新傑

同意兩個概念：病人總人數與總診次。我們希望醫師固定去提供服務次數增加，看病的量也增加，這樣有意義，我們同意用這兩個指標。

主席 蔡副署長淑鈴

民眾角度來說看到醫師次數增加，根管治療比較容易完成，用來作試辦評估似乎也可以，那就這樣好嗎？

翁代表德育

提出一個問題：現在的指標是 2 年重補率，這邊的 2 年是向後追的，也就是今年提供服務的醫師執行成效要在 2 年後才能評估。

主席 蔡副署長淑鈴

還是要改成 1 年重補率？如果每半年就提供一次巡迴，這樣看一年重補率就好。

翁代表德育

1 年重補率可以計算，只是數據會比較低。我想說的是另外的問題：107 年發生的事情在 109 年才知道結果才能獎勵，這邊提出來是想在 107 年方案看到 105 年數據，鼓勵 105 年的醫師。

林代表俊彬

可以採 1 年結算，計算上可以看同一醫師 2 年前的執行結果，表現好就鼓勵他；至於新加入醫師要怎麼計算，可以再想一想。

黃代表福傳

有些醫療站已經設立超過 2 年，如果設立未滿 2 年，是否可排除 C 項兩年保存率指標這項條件，只要符合另外 4 項？

主席 蔡副署長淑鈴

原則上修訂方向就先確認，試辦1年，細節部分等會後再議。希望看到診次跟人次增加，增加幅度請全聯會衡量後與健保署討論決定。這邊沒有其他意見的話，請接下一個修正處。

醫務管理組 韓科長佩軒

請參考議程第71頁：醫缺方案新增牙醫特殊服務進來，依照現在特殊服務的申報格式修正；再來是第72頁同樣情形，新增社區醫療站執行牙周統合照護服務，以牙周統合照護申報格式修正；同時第60頁這邊除社區醫療站執行特殊服務申報規定加城外，將特殊服務設備及相關人員規定一起修進來。

主席 蔡副署長淑鈴

好，這邊講到社區醫療站加入牙周統合服務、特殊服務外，第60頁社區醫療站要配合修正設備與人員相關規定；這邊統一修正，衍生的問題是經費要從哪裡支應？現在特殊服務、牙周統合都有各自的專款，可以達成共識說論次費用從醫缺專款出，特殊服務跟牙周統合醫療費用從各自專款支應，這樣可以嗎？各位代表沒異議就落入文字，補在第28頁相關規定裡。

醫務管理組 韓科長佩軒

請看第44頁，這邊把提供巡迴醫療時全民健保巡迴醫療服務標示相關規定位置移到通則，希望執業院所出去巡迴時也可以懸掛明顯標示後續可向跟健保署申請標示製作費用。

主席 蔡副署長淑鈴

這是全聯會這次新提的，執業院所服務量不夠則要另外提供巡迴服務，懸掛標示讓大家知道這邊有巡迴醫療，標示費用也可以跟健保署申請，請全聯會幫忙周知院所。我們真的希望找到合適的巡迴點後可以從此固定下來，不要讓牙醫師這麼辛苦。

醫務管理組 韓科長佩軒

議程第83頁這邊只有修改年度，接下來附件1執業地區部分，健保署擷取資料新增無牙醫地區包括新北坪林區、金門金寧鄉、新竹北埔鄉與雲林元長鄉；已經有院所提供牙醫服務的3個鄉鎮（宜蘭員山鄉、高雄六龜區與澎湖湖西鄉）則刪除；另外全聯會提出一些地區想從1級升到2級，健保署考量這些是執業計畫，不建議新增。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝說明，修改年度部分就同意修正。執業地區部分請問大家有沒有意見？

黃代表福傳

補充一下，在各個部門（西、中、牙）雖然是相同醫缺地區但在等級分類卻是不一樣，中醫還分成1到6級。以西醫為例，高雄市甲仙區是3級，六龜區是2級，台東縣卑南鄉是2級；另在中醫部門，花蓮縣豐濱鄉是2級，花蓮縣富里鄉西醫是3級，台東縣、太麻里西醫是2級，他們分類級數都比牙醫部門來的高。

主席 蔡副署長淑鈴

因為現在各部門(西、中、牙)在定義級數完全不一樣，它的1級不等於你的1級，所以不能這樣類比，還是要採用牙醫自己的標準。如果客觀環境沒有變，分類級數沒有再提高的理由，執業計畫施行地區依照健保署版本，新增新北市坪林、金門縣金寧鄉、新竹縣北埔鄉、雲林縣元長鄉；其他鄉鎮地區級數維持不變；刪除宜蘭縣員山鄉、高雄市六龜區、澎湖縣湖西鄉。

許代表文祥

主席，花蓮縣(豐濱鄉)台東縣(卑南鄉、鹿野鄉、鹿野鄉、東河鄉、長濱鄉)，這些鄉鎮長期都沒有牙醫師，我們想要提高為2級。

主席 蔡副署長淑鈴

第88頁2級定義是「指山地、離島地區之牙醫醫療資源不足地區，或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。」大家覺得花蓮縣和台東縣這幾個鄉，有符合條件嗎？請各位委員討論。

許代表文祥

花蓮和台東的這些鄉地理位置是沿著花東台西線和台九線，長期幾乎是沒有牙醫師，且交通相當不便，不像都市隨時都有公車可以搭乘，有些村子甚至也沒有公車，所以這些鄉應該是符合屬於長期醫療缺乏的地方。分享去年花蓮縣成立瑞穗醫療站經驗，他從1級提升到2級，隨之有很多牙醫師投入並帶動服務量。我們希望藉由提升到2級，能刺激其他醫療站及人力支配。

主席 蔡副署長淑鈴

請教東區業務組同仁意見。

東區業務組同仁 劉翠麗

同意。

主席 蔡副署長淑鈴

請問各位代表意見，大家都同意的話就確認。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

如果分區業務組同仁沒有意見的話我可以同意，可是剛剛說明只有在描述當地地理及交通，我無法瞭解這和分類級數的關連性，這種狀態在很多偏鄉都成立。

主席 蔡副署長淑鈴

牙醫分類級數，1級是指平地鄉之牙醫醫療不足地區或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療不足地區；2級是指山地、離島地區之牙醫醫療資源不足地區，或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區；3級是指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。所以特殊交通困難、特殊困難地區、交通尚屬方便，這些都不是絕對的定義，所以許醫師在說明「特殊」花了比較久時間，不過我們東區業務組同仁也覺得那些地方是符合提升到2級，請教各位代

表的意見？

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

可以。

主席 蔡副署長淑鈴

大家有沒有意見，沒有意見就通過。接下來巡迴計畫施行地區，依照健保署版本，如果牙醫診所執業就刪除執業計畫施行地區，在巡迴計畫施行地區，比照剛剛提到的花東地區偏遠鄉鎮由1級提高到2級。另，關於高雄市甲仙區及六龜區等級調升到2級，各位代表有意見嗎？

吳代表享穆

高雄市六龜區和甲仙真的符合特殊偏遠的平地鄉。

主席 蔡副署長淑鈴

請教高屏業務組同仁意見。

高屏業務組 施怡如

同意，那邊天候不佳時，路況真的很不OK。

主席 蔡副署長淑鈴

好，高雄市六龜區和甲仙區由1級調高到2級，大家有沒有意見，沒有就通過。

醫務管理組 韓科長佩軒

接下來討論申請條件中執業計畫(2)，上一次開會本署版本建議條文新增第3點「曾為同一鄉鎮醫事服務機構辦理之負責醫師並辦理歇業者。」會議中對於執業年限合併達成共識，並請全聯會於會後提供意見做文字修改。

請大家翻閱第51頁，牙全會建議該文字放在保障額度核付管控原則d，本署建議放在第50頁A年限計算，並加上文字說明「負責醫師曾為同一鄉鎮已歇業醫事服務機構之負責醫師者，其年限計算應新、舊醫事服務機構合併計算。」

主席 蔡副署長淑鈴

上次會議在執業年限延續性有達成共識，本次會議只是要做文字修正，請問大家的意見？

謝代表尚廷

可以。在巡迴服務計畫施行地區一覽表有一些勘誤，雲林縣元長鄉目前是無牙醫鄉，在表裡面沒有納入，希望可以把它加進去。

主席 蔡副署長淑鈴

同仁有沒有意見。

醫務管理組 林專門委員淑範

元長鄉今年是無牙醫鄉，加進去是正確的。

主席 蔡副署長淑鈴

同意，醫缺方案就討論到這裡，接下來下一案。

**第2案 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂及新增項目內容」
(原第7案)**

醫務管理組 谷專門委員祖棣祖棣

接下來請看第89頁的支付標準其他通則。

主席 蔡副署長淑鈴

請全聯會說明修正內容。

吳代表迪

在牙科麻醉費通則內文有文字誤勘，「包今」修正為「包含」，接下來支付標準34004C(齒顎全景X光片攝影)，這個文字已經10多年沒有修正，今年是因應署要求配合自動化審查邏輯(REA)而修訂，我們牙全會本年度會期內一直在討論這項議題，如何去修正文字且也不會增加費用，因支付標準「每人限支付一張(含跨院所)」可能造成患者就醫權益受損，尤其是重大傷病患者有持續使用Pano之需求，後續院所會因行政核減邏輯，增加行政負擔。另，雖然「特殊傷病」不在此限，但這真的很難認定，我們很擔心修訂後會有浮報健保費問題。

主席 蔡副署長淑鈴

請同仁來說明健保署意見

醫務管理組 谷專門委員祖棣

今年10月份執行REA檢核，因有爭議目前暫時停止自動化核減邏輯，但因有一個但書「特殊傷病不在此限」，因REA無法判斷特殊狀況，就無法進行檢核，等於沒有REA把關。另，本署預估費用會增加5百萬點，以目前有歸入到2張以上的量去推估。以上。

吳代表迪

如果採用這樣的推估方式，成長量會更高，從0變1張的人更多，而不是從1變2張的人變多，我們頭痛的問題就在這裡。

許代表世明

這個案子在牙全會已經討論很久，如果不做電腦邏輯核減的話，這個條文就不用修，因已經行之有年，且無發生什麼問題，就是因電腦邏輯導入後，開始衍生後續問題，尤其我們擔心浮報健保費問題，本來沒有人注意這個項目，因修訂後有心人會拿來操作。所以我們現在也是面臨二難。我們是不建議這條納入行政邏輯核減項目。但署如果一定要求放入，我們要回去好好想想。

主席 蔡副署長淑鈴

請是醫審及藥材組的邏輯嗎？請同仁說明。

醫務管理組 谷專門委員祖棣

這是在自動化醫令審查，但在原來的支付標準就寫每人限一張，如果沒有其他文字的但書特殊狀況不在此限，在 REA 邏輯，就會把它當成一個人一生只能一次，這是 REA 設定邏輯。

吳代表迪

主席，這個文字真的很久沒有改，而且之前沒有設定 REA，也沒有浮濫情形。署預估修正條文後之年成長量，與從手邊全聯會的資料顯示 98-105 年的總成長量差不多。

主席 蔡副署長淑鈴

病患可以再照 X 光的情況，可以加在文字內容說明嗎？因為只有寫特殊狀況。

吳代表迪

我們是列在診察注意事項裡面，但是當文字落在支付標準後，反而會造成更多人注意他，被運用的空間愈高。牙全會會去公告會員申報原則，但當專業審查已經認定每個人都可以拍 1 張 X 光，從 0 到 1 張，我們很難認定是不是浮報。

主席 蔡副署長淑鈴

請定義特殊。

許代表世明

再補充說明，特殊狀況是一定要去定義，草案中有提到張口困難，該定義張口幾公分？後續該如何查核病人？另，當片子放到嘴巴時，病人可能會有嘔吐反應，這符合算臨床上照全口 X 光適應症。目前大家拍的大多屬口內片（小片子），如果修改後，大家就會改照全口 X 光。

主席 蔡副署長淑鈴

如果沒有執行 REA，會不會有浮報情形？

許代表世明

這 10 幾年來都沒有浮報情形，REA 是去年才開始導入，建議署這邊把 REA 邏輯拿掉。

主席 蔡副署長淑鈴

所謂特殊狀況是大家各自判斷嗎？請問分區業務組的意見如何？

台北業務組 林怡君

去年 10 月導入 REA，進行過去資料分析，以 34004C 醫令當分子，34004C 醫令數當分母，並經共管討論後，篩選占率 50% 院所送審，送審 15 家，有 13 家是 100% 核減。所以這個浮報情形是有的，所以還是要重視，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

所以還是有浮報情形

溫代表斯勇

剛好台北區業務組同仁幫我們證明，這個條文真的不是拿來做 REA，真的浮報的不

是第 2 張，是其他院所在第 1 張的浮報，跟設定自動化審查邏輯沒有太大關係。我們台北區通常是醫院才會申報到第 2 張以上，如果反而侵害了醫院病人的就醫權，這也是署不願意見到。

醫務管理組 張專門委員溫溫

台北業務組的情形應屬於異常管理的邏輯，因為現在用 REA 邏輯，每人限支付 1 張，只要有超過情形，REA 就自動核刪。

主席 蔡副署長淑鈴

所以分區同意嗎？

北區業務組 陳祝美

34004C 支付標準備註若還是保留每人限支付一張之條件，如果不用 REA 邏輯，後續我們還是要進行檔案分析，會有一樣問題，除非也把備註刪除或修訂，所以我認為還是要保留，有問題再申復，分區爭議會比較少。

蔣代表維凡

主席，這邊代表醫院牙科協會發言，事實上這個等到醫院有問題再申復，這會造成民怨，本來用意是要避免基層院所可能固定申報，現在變成醫院全部都落入 REA 核刪值；之前提到目前是暫緩執行，但現在還是陸續有院所反應仍被被行政邏輯核刪，只是件數有變少。

主席 蔡副署長淑鈴

這個行政核減邏輯目前還在執行嗎？

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

這次會議的追蹤辦理情形，決議有提到於費用年月 106 年 8 月起暫時停止自動化核減邏輯或其他專案扣減。基於審查管理之責，本署依據支付標準有明文規定且可邏輯化者才於「電腦醫令自動化審查」設定自動檢核邏輯，這項支付標準如果不修正，是可以做邏輯化檢核的，不做反而是我們怠忽職守，支付標準這邊如修正寫明，若有例外狀況可以不限一次，則「電腦醫令自動化審查」就無法設定自動檢核邏輯，但可另透過專審機制來把關。

主席 蔡副署長淑鈴

要修嗎？

許代表世明

事實上，若照署方堅持不改，電腦邏輯就非納入不可，但是我們擔心將來會有浮濫情形，例如：張口困難、對口內片敏感，這個定義是很模糊的空間。所以署若同意能否在這裡下個決議，把這個 ICD-10 不納入 REA，當然最後還是尊重署的意見，若署堅持當然還是去修，我們擔心會 34004C 更浮濫無法可管的情形，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

要加強管控。

許代表世明

沒辦法管控，剛已經提過張口困難很難認定，只能照 X 光全口片。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

確定一下要不要修?因在很多檢驗裡，可能會涉及使用到兩次，剛才聽起來這個也類似。在健保署意見第 2 點，每人限支付一張(含跨院所)，特殊傷病狀況不再此限。要不要比照 CT、MRI 90 天內他不得重複申報，藉此引導下一個醫療院所要到雲端上讀取資料。我覺得不得再重複，應該要有區間限制，而不是這一年來就只有那一張，我擔心某些必要病人因為意外或其他傷病情況，反而影響病人權益。

主席 蔡副署長淑鈴

還有其他意見嗎?

醫務管理組 谷專門委員祖棣

支付標準科這邊回應，CT、MRI 相關的檢查並不是限制多少時間內不能重複做，因為病人的病情變化我們不知道，病人如病情需要可以重複做，所謂 90 天內是用監控指標，去看同一個病人 90 天內在執行率、重複率，在支付面並沒有限制不可以。

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

如果牙醫全聯會這邊認為這一項全口攝影，還是有很多病情需要超過一張的話，就要修改現行支付標準，今天這個修正版本涉及專業判定，所以要透過專業審查機制去處理，我們不會用行政手段去干預病人合理的就醫權益，今天的修正版本改成有些特殊傷病狀況不在此限，可以超過一張，如這是臨床專業上合理的，也是要用專業審查去把關。

許代表世明

原則上，我們同意署修定內容的文字，全聯會有提含跨院所，但審查注意事項是沒有訂的，至於醫審醫管這邊我們回去再想辦法。

主席 蔡副署長淑鈴

現在第 2 點跟第 1 點條文順序倒過來，前提還是每人限支付一張(含跨院所)，然後特殊傷病狀況不再此限，第二，如果是特殊狀況一定要在病歷詳載內容，第三，只要符合這個就全審。

蔣代表維凡

例如:胸部 X 光，有沒有人一輩子只能照一張，所以套用在齒顎全景 X 光攝影也絕對不可能，這個事實上劑量比胸部 X 光還小。如果照目前做法，會造成打擊第一線口腔外科的熱情，跟偏遠一樣，為病人做正確的病理診斷，口腔外科反而是最大的受害者，一直在寫這些 paperwork。首先，我基本上同意要避免濫用問題，但特殊狀況不在此限。其次，特殊狀況必須在病歷上要詳加說明，但如果全審，這比行政核刪還慘，幾乎文字都寫不完，剛剛前面兩點口腔外科同意。在第三點，針對沒有特殊狀況又百分之百申報齒顎全景 X 光攝影才需要全審，口腔外科醫師都非常自

律，沒有必要的情形不會叫病人去照。

主席 蔡副署長淑鈴

第2點跟第1點倒過來寫，前提還是在一人限申報一張，特殊狀況要在病歷上詳細記載，若全審大家都嚇壞了，那就要靠自律，不然就是分區要訂異常指標，然後再立意抽審，我們就列入紀錄請分區另設異常指標來作管理，麻煩專審醫師來配合，立意抽審。謝謝，接下來90021C(特殊狀況-保護性肢體制約)，本來是重度以上才要適用，現在改成中度適用，是這樣嗎？

羅委員界山

跟各位報告，目前90021C是限重度以上，本會發現實際上很多中度病人也是有需要，實施這段時間的肢體制約也沒有被浮濫使用的情形，且可以節省導致要進行其他全身麻醉的費用，本會覺得這個是創造雙贏的事情，所以希望能夠改到中度。

主席 蔡副署長淑鈴

可是約束對身障者本身是一件很恐怖的事。

羅委員界山

中度的病患也是有很多配合困難，如果不約束可能要執行全身麻醉。

主席 蔡副署長淑鈴

大家有無意見，其實上我們也非常反對制約。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

因為身心障礙人權公約是反對任何形式約束，他會躁動跟障礙程度比較無關，跟障礙的類別比較有關，反而有時候重度比較好配合，輕度比較難。我們應該要廢除約束，倒過來說，沒有申報前是採用何種方式，是自己約束沒有申報費用嗎？還是說，用了其他行為上的方式，反而取代了約束。

羅委員界山

講的沒有錯，並不能用障礙嚴重度去區分它的配合度，因為人權是相當重要，本會絕對不希望濫用。之前就是兩種途徑，醫師自己做自己吸收不申報，另外一個就是轉由其他院所執行。

主席 蔡副署長淑鈴

我是覺得沒有必要修正，約束這不見得是最好方法。

羅委員界山

如果在實際執行上有治療需要，還是要把治療完成，當然未來可以增加以行為控制或行為管理來做加入支付。目前，對兒童用行為控制還是有成功的機會，但是對身心障礙者，有時候成功機率不一定高，但本會也要承認，身體制約絕對不是好的方式。

主席 蔡副署長淑鈴

從病人觀點這樣是很殘忍的，從醫師的觀點，這樣比較好治療。

羅委員界山

對醫師來說也有不得不做的抉擇，因為家長也不會無緣無故讓自己的小孩被約束，這是個不得已的做法，這個方法在各國還是有在執行，還是有它的必要性。

簡代表志成

這個討論很多是從醫院體系提出來，碰到的是家長需要問題，如果有緊急狀況需要制約，合法的情況就是重度以上，家屬說你幫我綁，我也不能綁，醫師是不能決定的。現在家屬照顧情況，都是優先選擇不約束，我們希望增加到中度，讓有需要患者能夠用，不用等到下次評鑑寫成重度才用的到，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

大家有無意見？

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

如果一定要修改的話，第3點的文字，需檢附病患「或」監護人，應該要寫病患「及」監護人。

簡代表志成

不可能。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

絕大多數都可以，你嘗試看看。

主席 蔡副署長淑鈴

緊急的話，有一定困難度。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

現在連醫療法都有可能要修訂即使他被監護宣告，還是要有個機制要向他解說。這個是CRPD審查的結論性意見，強調了4到5次，他的心智能力不等於他的法律能力。因此，我其實不能同意這點，我是要廢除任何約束的規定，你卻要放寬，因為某些人有困難，你就要約束，還是要用「及」病人本身的同意比較重要，即使他被輔助宣告等，這是比較沒有爭議。這很嚴肅，如果你們通過的話，請記錄我反對。

主席 蔡副署長淑鈴

我們建議不要修。

羅委員界山

那就照原來的。

主席 蔡副署長淑鈴

接下來92003C，請說明？

吳代表迪

92003C、92004C是文字修定，原文字上寫「管」，實際上對中文而言，引流上的裝

置不只是管型的物體，文字修正後不影響原意。

主席 蔡副署長淑鈴

同意，92003C、92004C 修改，接下來。

吳代表迪

920073C 是希望舉證能夠更完備，在審查端與診所申報端能夠更嚴謹。

主席 蔡副署長淑鈴

有其他意見嗎？同意，接下來 92093B。

吳代表迪

92093B、92094B 可以同時看，這也是延續上一次的問題，在我們同意部分，把兩者之間互相不能同時申報醫令的寫進去，ICD-10 原則上還是一樣，以這樣方式去進行行政邏輯檢核會造成院所困擾。再來，發現有些醫令是可以再列入進去，我們認為中文文字於支付標準已登載詳細的情況下，希望交由專業審審視申報的合理性。

主席 蔡副署長淑鈴

92093B 大家的意見？醫審或分區同仁有無意見？沒有意見就通過，接下來 92094C。

吳代表迪

92094C 我們說明第 2 點，希望外診院所，不要因外診天數而排擠到假日看診，因為會有院所還是希望在自己的院所能夠負擔假日急症處置，但又不要因為外診的時間，沒辦法去申報，影響到病患權益。

主席 蔡副署長淑鈴

醫審或分區有沒有意見？92094C。

台北業務組 林怡君

就剛才 92094C 修訂，現在是把適應症相關 ICD-10 的代碼都拿掉，在我們分區的經驗裡，之前 REA 以檢核自動核扣，ICD-10 不符合申復送專審去確認，其實不補付率相當的高，確實有一大部分的浮濫報，顯示他是有一定程度的浮濫。台北業務組曾經就 92094C 做過專案，在專案介入後浮濫報的情形是有收斂，做專案的執行過程中，一直有收到醫生打電話來反應說，這個不是就是假日的加班費嗎？目前是把適應症這個碼拿掉，我們對於這件事情後續浮濫恐慌度，遠大於 34004C，把這個資訊提供給會議參考。

主席 蔡副署長淑鈴

我們分區同仁的恐懼比你們還大，表示他們覺得這個事情會很嚴重，一個是剛剛的 tano，一個是把 ICD-10 的代碼拿掉，現在把它拿掉不是更嚴重。主委、理事長的意見？

許代表世明

在全聯會各分區針對有異常申報都是用醫管處理，如果都用醫審去處理會很麻煩，

這跟剛才 REA 一樣，這個 ICD-10 的代碼這麼多，本身也沒有一定非拿掉不可，你馬上執行 REA 就造成很多困擾，為了造成避免困擾，我們建議刪除，異常部分就用醫管的方式處理。

主席 蔡副署長淑鈴

將來如果再次浮濫，到時候又是專審負擔，且台北業務組的經驗即使啟動專審，補付率也不高，表示也是有問題，大家考慮要不要保留這些 ICD-10 代碼，或是還要更周延修正？

醫務管理組 李組長純馥

分享台北業務組經驗，其實是很多院所沒有留意到申報規定，沒寫主、次診斷，那時候是因為沒有 coding 完整，後來請公會再向所有會員宣導，代碼符合的狀況就寫，若代碼沒有訂定的很完整，就是修改代碼，可是拿掉是比較危險。原來你們寫的適應症是比較籠統，我認為可能在管理上真的會有比較大的爭議。所以是建議不要拿掉。

吳代表迪

我說明一下，剛才提到 coding 主、次診斷，當然在嚴格要求下還是要把適應症寫上去。有時院所就以主診斷為主申報，內容記載也符合，然後 coding 跳出來，邏輯上就是不符合，類似這樣的情形還是製造院所的困擾，但這應該屬於專業判斷的邏輯。這個會期，已將病歷書寫範例都列出來，宣導院所依照範例書寫完整病歷。如果要把 coding 做完整，會越加越多上去，列一大堆的表在上面，若主診斷已經符合副診斷要求的時候，你要去檢核這個東西，我覺得這不是很合理的。

主席 蔡副署長淑鈴

可以寫的更完整。

吳代表迪

如果主診斷本身有出現副診斷的一個因素的時候，我當然可以寫進來，我可以寫一大堆東西進去。92094C 就因為這個假日急症處置就越寫越多，最後就變成 1、2、3、4、5 頁。而且我們本來提的意見將適應症代碼放在臨床治療指引，因為年度修正次數較彈性，較可以即時因應變動，1 年修正 1 次支付標準表，如果發現符合文字但不符合適應症代碼這個問題，那我們一整年都不能申報，所以在反應時間上也是一個問題，這是我的意見。

主席 蔡副署長淑鈴

有寫的話可以避免假日急症處置浮濫，但是如果完全不寫，就會面臨大家浮濫後再去做管理的困難，是哪樣比較好？

許代表世明

關於 92093B，92094C 的部分我們就保留代碼不刪，ICD-10 我們保留，儘量希望以醫管來處理。

主席 蔡副署長淑鈴

好，保留，我們文字部分就討論完，接下來請看成本表，校正後的版本，大家有無意見？0129C、00130C 由 313 點調整為 320 點，00133C、00134C 由 343 點提升到 350 點，去除釘柱、單純及複雜齒切除術這些項目，也還在成本表之下，總預算金額也在非協商成本指數改變率之下，大家有無意見？沒意見，就尊重全聯會的提案，接下來。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

等一下，剛那一案全部都按照全聯會的提案，但是你們下次不要再這樣了，因為 5 年內同一個診察個項目調三次，真的有點算不準，這樣調支付標準沒有經過深思熟慮，我們每年應該要針對支付標準中不足或是要政策強化的部分逐年去調，應該要減少同一項目每年或是調整過於頻繁的事情才對，這樣我們的經費才能去逐年分配調整支付標準。

主席 蔡副署長淑鈴

是真的不好，沒有其他意見的話就同意，進到下一案。

第 3 案 修訂「107 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」

(原第 8 案)

醫務管理組 谷專門委員祖棟

第 149 頁，請看有文字修正的部分，執行目標按照今年協商的人數修正，第四項預算來源及支付範圍是符合協商的結果。

主席 蔡副署長淑鈴

執行目標，大家有沒有意見？好，接下來。

醫務管理組 谷專門委員祖棟

接下來第 151 頁，這邊要確認全口牙周炎照護條件，在條文(二)適用治療對象為患者是總齒數至少 16 齒，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq$ 五 mm。如果說全口總齒數在 4 到 8 顆、9 到 15 顆是否符合全口牙周炎範圍內？另，不符合全口牙周炎申報醫令以 91006C 至 91008C 以齒齦下刮除術申報。先跟全聯會確認？

連代表新傑

是，你們的疑問是全口總齒數 18 顆，囊袋深度 $\geq$ 五 mm 5 顆之病人，按照這個方式申報就可以。

醫務管理組 谷專門委員祖棟

我們在意的是 108 年要回歸支付標準時，全口牙周炎還有第 3 階申報的 91008C，這些項目是不是要統合在牙周章節。

主席 蔡副署長淑鈴

這邊舉例齒數是 18 顆，囊袋深度牙周囊袋深度 $\geq$ 五 mm 齒數為 5 顆之病人，到底要

申報哪一個？

連代表新傑

他現在本來就在牙周章節，應該沒有互相衝突。囊袋深度 $\geq$ 五 mm5 顆之病人就是申報 91006C 至 91008C。

主席 蔡副署長淑鈴

所以他就不是牙周病統合照護計畫。

連代表新傑

對，不是 P1，P2。

主席 蔡副署長淑鈴

這邊要請教全聯會，所有的牙周病你現在是把它分不同代碼申報，所有的牙周炎病人其實在 91006C 至 91008C、P1、P2、P3，甚至是 91008C 都可以覆蓋到。所以不應該再有人因為牙周炎收完全自費。

連代表新傑

應該是說根據健保給付項目的相同項目名稱去收自費，屬於醫務管理要去處理，是不應該收自費。

主席 蔡副署長淑鈴

另外一個問題，牙周病統合照護計畫分成三階段，牙周顧本計畫是第四階段之支持系統，那換句話說，91016C、91015C 就沒有顧本。

連代表新傑

因 91016C、91015C 頻率本來就是 3 個月 1 次，其照顧頻率跟顧本計畫一樣，因他的顆數比較少，定義不太一樣。

主席 蔡副署長淑鈴

好，所以我們今天就確認牙周病納入一般服務，不能有人因治療牙周病而被收自費，如果有的話就依法規。好，請繼續。

醫務管理組 谷專門委員祖棣

第 162 頁在收取自費規範，加了一條(二)，因為目前有一些正面表列可以收費項目，我們加了一條但書，除了上述(一)所列的項目外，不得再向牙周炎患者收取自費。這個部分還需要請教一下，目前第 3 點牙周組織引導再生手術，第 4 點牙周去敏感治療，這兩項若屬於治療屬性，請考慮是否納入計畫給付範圍。

主席 蔡副署長淑鈴

請教牙全會哪一類病人，真的要用到這 2 項，是否應該考慮如果真是治療所需要，就不應該列為自費項目，明明牙周病都納入健保給付，還換另外一個名目給他收很高的費用。

連代表新傑

我補充說明，牙周病統合照顧計畫是屬於牙周病的基礎治療，也就是非手術類的牙周治療，至於手術類牙周病治療完，需不需要手術治療，是個有爭議性話題，即使在牙醫界，有醫師也是認為傳統牙周病治療就是回診，也有醫師認為可能需要積極性手術。牙周病本來就分為兩派概論，比較手術類都認為是要健保給付的情況下，我們也會疑慮，routine 治療完本來不需要手術，就變成要手術。

主席 蔡副署長淑鈴

可以用專業去決定說怎樣情況對病人比較有保障。

連代表新傑

會後我們再回全聯會討論，這部分是否適合納入健保給付以及適應症問題，這個手術療效、適應症，需不需要放骨粉，牽扯到蠻專業部分。

許代表世明

關於這兩個項目，因為牽涉到新增部分，會後我們會在討論相關規範及適應症研擬，考慮在未來提出新增項目。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

要在107年7月以前，再來108年要納入一般服務，就會涉及到107年協商費用。

許代表世明

這個項目是跟牙周病統合照護計畫是沒有關係，這部分我們會去研議是否要提出新增項目的部分。

關於第二點是除上述(一)所列項目外不得向牙周炎患者收取自費，這句加上可能會蠻籠統，因為如果要做其他治療、假牙或做其他項目就必須收取自費，加這句不見得有意義，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

這裡應該是說除了健保不給付項目之外，不得再向民眾收取任何名目的自費，例如抗生素凝膠是治療用，卻要自費，你們回應是這個凝膠是有爭議，不一定每個人都需要就變成自費。如果是屬於疾病治療，理論上健保要給付，如果民眾有需要，就在總額協商把它納入給付。

謝代表尚廷

首先，牙周治療和再生手術這是相當專業及複雜，這個項目的材料費非常高。其次，費用這麼高，適應症如果沒有達到門檻，我們擔心浮濫。以前有討論過假牙是否要納入健保給付，但我們很擔心，蛀牙本來可以補就變成要裝假牙，反而導致醫療浪費，我們下一次再提討論。

醫務管理組 李組長純馥

我們在第一線有時候會接獲民眾陳情，院所表示健保給付的牙周病治療是很痛，如果改用雷射是無痛、出血量少。這部分可否請牙全會併同研議？

許代表世明

牙周病的範圍很廣，如何在兼顧病人權益之下還要防止浮濫，這是我們很頭痛的問題，另外可能會牽涉到新增費用，這部分會在一併考量後在會議中提出。

主席 蔡副署長淑鈴

文字(二)略作修正，還是先保留，至於所列自費項目，除了美容以外，其他3項都麻煩全聯會再研議。還有沒有其他要修正，好，沒有的話我們就進入下一案，請說明。

第4案 修訂「107年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」

(原第9案)

醫務管理組 谷專門委員祖棣

請大家看175頁，因應總額協商的結果，107年牙醫特殊醫療服務計畫的到宅牙醫服務要跟居家醫療照護整合，預算來源由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項下支應。

主席 蔡副署長淑鈴

好，沒有意見就通過，接下來。

醫務管理組 谷專門委員祖棣

請大家看182頁，社區醫療站剛討論過就不再討論，全聯會建議醫療團執行地點新增的日間照護中心，本署意見為日間照顧中心之服務對象多數能夠自行就醫，不宜再增列此類服務機構。

簡代表志成

我們希望在偏遠地區，是不是可以整合成類似醫缺，比如在花東地區要找合適據點是有困難，所以希望可以納入日照中心，但因按照目前規範日照中心僅限醫缺不足地區。

主席 蔡副署長淑鈴

你要結合日照中心也是可以考慮的選項之一，但是不一定要寫在牙醫特殊醫療服務計畫，可以寫在醫缺，醫缺也開放身障及牙周，也可以結合長照2.0日照中心據點。

簡代表志成

醫缺區要先設立社區醫療站，他如果沒有社區醫療站。

主席 蔡副署長淑鈴

我們就是要讓醫缺區有社區醫療站，你不能只服務身心障礙者，其實日照中心很多是老人，也不一定每個人符合身障，很多只是輕度失能。

簡代表志成

失能現在也是在這個範圍裏面。

羅委員界山

本會希望結合政府的長照政策，這個部分等醫缺先建置好，至於身障者部分，日間照護中心先不要進駐。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

你們不要誤用日間照護中心這四個字，就是說身心障礙機構設立的標準，因為你們都講日照，但事實上身障的日照跟長照 2.0 的日照是完全不同的概念，設施設備也差很多。因為長照 2.0 有納入 49 歲以下的身心障礙者，所以如果是在長照體系裡日照中心，還包括失智症、身心障礙，輕度到重度失智老人。身障日照他有幾個要件，其中他必須要有交通跟生活自理的能力，那樣的障礙者，功能比較好，他應該能到達日照中心，就應該也能到達診所，除非那裏是醫療缺乏的地方，所以我認為這機構的想像可能跟我們討論的不一樣。

主席 蔡副署長淑鈴

目前牙醫醫缺之困境就是不一定有病人，一旦據點設在日照中心，這裡本來人就蠻多的，他的需求就會出來，所以也比較能夠吻合。但我們還是期待能找到好的據點，再拜託大家還是先從醫缺著手，這個就維持原來。

醫務管理組 谷專門委員祖棣

請大家看 188 頁，到宅牙醫服務從 105 年開始改成用論次申報，在右邊是有列 103、104、105 年論量加論次的費用狀況。現在全聯會另外再修訂支付方式為論次加論量，這部分署建議是，現行論次支付點數是以 104 年原論量加論次費用計算而得，故本署不同意依現行論次支付點數再加論量支付。另外全聯會建議跨區服務給予加成，健保署意見希望鼓勵各分區皆有提供服務，而非給予跨區服務加成。以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，到宅牙醫服務大家是否有意見？

簡代表志成

從 103 年到今年到宅牙醫服務算是有突破性發展，量都有做出來，現在論次都是統包，我們希望在這基礎上有沒有加到論量的地方，讓大家盡量能夠一次性把治療做好，不要可能為了這兩個月一次的情況。另外執行上一定是當區優先，但實際還有會有當區沒有到宅牙醫服務，勢必要往外找，我們自己就跨區開過 100 多公里，跨區是不得已而為之，故希望能夠跨區能夠加成。

主席 蔡副署長淑鈴

現在論次 5700 點是把原有論次加論量加在一起，如果你要論次加論量，就要把原來的論量拿掉，這樣才公平。另跨區這部分，真的跨太遠就太辛苦，還是鼓勵每一區都要有在宅醫師才可以，請大家盡量朝這個方向來努力。

羅委員界山

主席，本會建議還是維持原來的論次不論量，這樣會比較單純。跨區部分，就盡量朝向每分區都能夠執行，不鼓勵醫師跨區執行。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那接下來。

醫務管理組 谷專門委員祖棣

整個章節有些是因應到宅服務為了要跟居家整併而作的文字調整，這個部份我們就不討論。接下來要請示主席，199 頁之(16)全身麻醉，跟第 6 案相關，是不是可以一併討論。

主席 蔡副署長淑鈴

好。

第 6 案 有關「107 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所施行全身麻醉規範(原臨時討論)

醫務管理組 谷專門委員祖棣

補充資料第 19 頁，本案是有身障個案赴部立澎湖醫院就醫，因治療需要進行全身麻醉，該院所有麻醉科醫師，但因醫院無專任牙科醫師，故不符合申請本計畫進階照護院所資格，病患進而無法執行全身麻醉處置。因這個計畫當中(16)有要求全身麻醉應於進階照護院所執行。這邊建議條文中加註，除醫療資源不足地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內。

羅委員界山

同意署的意見，但是本會要提醒目前支付標準表中全身麻醉，限麻醉科專科醫師施行。

醫務管理組 谷專門委員祖棣

現有條文已有註明：醫師及場所設備應符合相關法令及健保規定。

主席 蔡副署長淑鈴

對，所以病患一定要給麻醉科醫師執行全身麻醉。請問牙醫特殊醫療服務計畫還有意見嗎？沒有的話就通過，接下來討論下一案品保款。

醫務管理組 張專門委員溫溫

主席，可以建議先討論臨時討論案嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

好。

臨時動議：107 年度牙醫門診總額一般服務案件之保障項目及操作型定義

醫務管理組 劉科長林義

補充資料第 21 頁，有關點值保障項目定義這部分，牙醫部門其實除了法令規定藥服費外其實是沒有任何保障項目，立法院劉建國等委員於 107 年中央政府總預算案提案建議診察費及藥事服務費應調整為固定點值，本署以 105 年試算結果，牙醫推

估保障的項目占率不到1%，107年保障項目是否將診察費及藥事服費納入保障，提請各位委員討論，以上。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

抱歉，我有程序的問題，這個案子不能先在各個總額部門討論，應該要到健保會討論，理由是總額協商分配是健保會在分配，你保障點值，這樣涉及到總額協商金額。第二個，健保會做過決議，我們要求健保署保障點值項目要回歸正常，就是要減少。本案牽涉到總額體制改變，我建議不應該要討論。

主席 蔡副署長淑鈴

請問健保會的意見。

全民健康保險會 陳燕鈴

今年10月份本會委員會議討論牙醫地區預算時，確實有決議需點值保障項目或鼓勵的醫療服務以回歸支付標準為原則，若還是有部分項目需要保障的話，由健保署會同牙醫部門議定後，於12月份委員會議送本會同意後執行。依健保會上次會議決議，這個案子會提12月份委員會議討論，到時候健保署會彙整各部門保障項目一起提討論案，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

所以程序上是沒有問題，但是要提到健保會去報告，過去的經驗，健保會會尊重協商的結果。那滕代表，各位委員的意見如何？

謝代表尚廷

四個總額部門可以不同調嗎？如果可以才需要討論，對牙醫來說可能保障一點意義不大，所以我們是不需要保障，可是12月要在健保會討論，不同調不會很奇怪嗎？

醫務管理組 張專門委員溫溫

現在各個總額部門意見都不相同。

主席 蔡副署長淑鈴

牙醫部分其實跟其他醫別不太一樣，最主要是處置費占率比較高，這兩項的保障費點值影響比較少，但是不會因為保障而增加總額，是總額內的重分配概念。

謝代表尚廷

牙醫決議不要變動。

主席 蔡副署長淑鈴

好，就是維持106年項目，最後一案。

第5案 修訂「107年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款

(原第三案)

醫務管理組 劉科長林義

106年第4次研商議事會議之決議，本案請牙全會就(一)專業政策指標配分占比、(二)各項指標權重、(三)目標值、(四)X光上傳雲端之指標、(五)列印收據明細指標等再予考量。本次牙全會修正版本為「牙周病顧本計畫」及「牙周病統合照護品質」合計申報件數由3件提高至6件(含)以上，另仍維持新增「特殊醫療服務計畫」指標。

主席 蔡副署長淑鈴

所以專業指標跟一般指標的占率有更改嗎？指標權重這次沒有修正。

劉代表經文

目前專案指標部分強度也都還有，我們逐年都有在討論。本次有新增政策獎勵指標，所以權重及目標值也有修正。

主席 蔡副署長淑鈴

為何不列X光上傳雲端之指標？

劉代表經文

我們有收到訊息，這個部分有編列另外一個獎勵金。

主席 蔡副署長淑鈴

這是雲端上傳給的費用不算獎勵金，還是希望透過X光上傳雲端之指標列入品保款，提升院所參與度。

劉代表經文

因目前還沒開始實施X光上傳雲端，品保款也不能保證醫療院所都會上傳資料，我們希望有實施後的資料，再來做決定。

主席 蔡副署長淑鈴

這部分還是建議納入品保款，至於列印收據明細指標，你們暫時沒有考慮嗎？

劉代表經文

在上一次會議已經跟大家報告過了，目前列印收據明細通常把它當作輔導工具，要轉做正向的指標對各分區是有困難。我們現在使用兩個方法，第一個就是收據參考版本都提供健康存摺網址；另，可以提供有明細收據版本給會員作參考。透過一個行政文書方式，通知會員兩個參考版本，可是要把他立刻就變成正向的鼓勵，我們還要跟各分區作溝通。

主席 蔡副署長淑鈴

好，請公告會員有明細收據參考版本，觀察一段時間再考量是否納入指標。X光上傳雲端我是建議真的要把它加進去。

許代表世明

主席，X光上傳雲端政策我們一定會配合，至於說要不要納入品保款以及權重比率，因目前尚未實施，是建議等真正實施以後，再觀察院所實際申報狀況，看他們回饋

意見後在決定，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那大家有無意見？

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

請醫管組說明，請看第 10 頁，牙周病顧本計畫之醫令申報件數的百分位分布，有 80%以上醫院符合申報在 6 件以上。這樣 6 件不會太少嗎？鑑別度太低？

劉代表經文

這個才納入指標不久，我們之後會慢慢往上提升。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

這樣沒有鑑別度，全國 80%都達標，我們希望品保款能有鑑別度，而不是人人有獎，進到這個計畫的院所除了能符合品保款獎勵，我們希望能找出更好的。

劉代表經文

這個是已經有申報的排行，母數不是全國所有的牙醫醫療院所，當他們院所參與這個計劃，就是在篩選鑑別度。

翁代表德育

過去曾討論身障要超過百分比才能把他列入品質保留保證款，後來發覺是不可行，故把門檻降低。相對在執行牙周顧本計畫，有很多醫師是專門在看小朋友、拔牙及看其他科別等，他只有少量牙周案子，沒辦法像統稱說的基層院所那樣大量去做，其實是某種程度的不公平。當我們在設定指標時，不能只是看他在申報院所的百分位，其實還有更多院所是無法申報，應該一起考量。

主席 蔡副署長淑鈴

第 14 頁的特殊醫療服務計畫只須申報件數在 2 件(含)以上，大家的意見？

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

品質保證保留款是要反應品質，90%以上院所都符合 2 件(含)標準，這樣沒有鑑別度。

許代表世明委員

我們當初這個方案目的是希望參加院所越多越好。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

我可以接受一開始參與院所比較少，跟其他沒有參加的院所做個區隔。醫療院所有加入品保款就代表道德品質及社會責任都比別人好。如果指標沒有鑑別度就沒意義，不然你就略提高。

謝代表尚廷

品保款確實是鼓勵且有鑑別度，有做的人 1 年 6 件真的很少，我提議把它提高到 12 件，大家覺得如何？

主席 蔡副署長淑鈴

特殊醫療服務計畫呢？

羅委員界山

這是第 1 年，如果一開始門檻訂的很高，原來沒有在執行的醫師會覺得很困難，他們還是不會加入計畫，本會的目的是希望鼓勵沒有加入這個計畫的人可以進來，所以第 1 年方案條文之申報件數為 2 件。

滕代表西華(林代表惠芳代理人)

那你明年要調整，列入會議記錄。

羅委員界山

好。

主席 蔡副署長淑鈴

好，牙周病顧本計畫由 6 件提高 12 件，特殊醫療服務計畫還是維持 2 件，X 光上傳雲端及列印收據明細，這兩件就麻煩明年列入考慮，還有其他提案嗎？今天會議到這裡結束，謝謝大家。

