

# 全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

## 106年度第2次會議紀錄

時間：106年5月23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：黃曼青

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	連代表新傑	連新傑
溫代表斯勇	謝偉明代	陳代表建志	陳建志
吳代表成才	吳成才	陳代表彥廷	陳彥廷
吳代表明彥	吳明彥	陳代表義聰	請假
吳代表享穆	吳享穆	黃代表福傳	黃福傳
呂代表軒東	請假	黃代表金舜	黃金舜
李代表明憲	李明憲	黃代表立賢	黃立賢
杜代表裕康	請假	黃代表翰玟	黃翰玟
季代表麟揚	請假	張代表雍敏	張雍敏
林代表俊彬	請假	張代表文龍	張文龍
林代表靜梅	林靜梅	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
林代表敬修	林敬修	黎代表達明	黎達明
許代表文祥	請假	謝代表武吉	尹文國代
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	龐代表一鳴	龐一鳴

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、陳思縝

許世明、柯懿娟、邵格蘊、許家禎

洪鈺婷

台灣醫院協會

柳汶廷、王秀貞

本署臺北業務組

林照姬、林怡君、蔡雅安、王文君

本署北區業務組

陳祝美

本署中區業務組

林淑惠

本署南區業務組

唐文璇

本署高屏業務組

施怡如

本署東區業務組

劉翠麗

本署醫審及藥材組

曾玫富、高浩軒

本署資訊組

姜義國

本署醫務管理組

張溫溫、陳真慧、劉林義、谷祖棣、  
洪于淇、宋兆喻、鄭正義、邵子川、  
楊秀文、劉立麗、郭育成、黃曼青

## 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

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：洽悉。

### 第二案

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

### 第三案

案由：105 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告。

決定：

1. 一般服務部門點值確定如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.9058	0.9166
北區	0.9922	1.0025
中區	0.9643	0.9658
南區	0.9680	0.9741
高屏	0.9916	0.9946
東區	1.0913	1.1006
全區	0.9595	0.9599

2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

3. 各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

### 肆、討論事項

#### 第一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關牙周病統合照護計畫 108 年導入一般服務之進度規畫，提請討論。

決議：請全聯會參考與會委員意見，於下次會議提出更明確估算與草案。

#### 第二案

提案單位：本署醫務管理組及醫審及藥材組

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」。

決議：有關方案文字說明將配合修訂，另決議如下：

1. 有關口腔健康指標，請心口司與全聯會提供意見供本署修訂。

2. 請心口司於下次會議報告長期口腔調查結果。
3. 請全聯會於下次會議提報牙周病相關品質指標。
4. 有關自動化審查相關疑義請全聯會彙整後提供醫審及藥材組評估，若涉支付標準修訂則請提供醫務管理組辦理。

伍、散會：下午5時

陸、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2次會議實錄摘要

### 壹、主席致詞(略)

### 貳、報告事項

#### 第一案 歷次會議決議事項辦理情形追蹤表

##### 主席 蔡副署長淑鈴

有關第三項新計畫是在4月6日公告，追溯4月1日生效，很重要是要改巡迴醫療標誌，不曉得全聯會目前進度如何？各區是否都有完成？台北區有沒有收到回報？北區、中區、南區、高屏、東區都收到回報完成。

##### 陳代表彥廷

據我所知都完成了。

##### 羅代表界山

特殊服務計畫部分，15個公會是由全聯會統一製作，其他6個公會要自己製作，本會有要求在期程內完成，由全聯會製作的部分已經完成了。

##### 龐代表一鳴

(主席暫時離席，由龐組長代為主持)

因為西醫基層、中醫也有醫缺計畫類似的案子，特殊服務計畫是牙醫特有的，請各區同仁有機會檢視實際執行的情形，那本項就洽悉。請問是否還有其他意見？好，本案確認。

#### 第二案 牙醫門診總額執行概況報告

##### 滕代表西華(代理林代表惠芳)

首先，請看第7、10、19張投影片，第7張是診所數，成長率以東區最高，其次北區，再來是南區，那再看第10張投影片是就診牙醫人數，成長率是北區第1，南區是第2，台北是第3，也就是說東區診所數成長率最高，但在就診人數成長率就沒有那麼高，再看第19張投影片的每位醫師照護人口數是以東區最多，醫師成長率也是東區最高，而且每件申報醫療費用的成長率是前2名，還有平均每件申報醫療費用點數也是相對比較高，但是就診人數都偏低，為什麼？也就是說診所數、醫師數都增加了，每件費用也越來越貴，但是病人都沒有增加，

我想知道全聯會如何解讀這個現象？

第二個問題是急診部分，這部分一定是區域以上醫院比較多，因為有搭配值班的問題，這也是全聯會在總額裡面增加的項目，那我想知道全聯會如何解讀，急診是不是有可能會被誘導？這些人平常都不去就診？我有個假設是全民健保越便利，就會誘發需求，那這邊沒有分析急診就診的原因，評核會也快要到了，看起來成長這麼高，有沒有可能在評核時讓我們看到，究竟病人是因為什麼原因到急診去？這是很有意思的，假設這些病人急診的原因是可以被遞延的，可以忍一下，或是可以衛教就好，或是可以到基層去就醫的，我們就要考慮醫療資源的分配是否要再重新考量。

再來是第22張投影片，我關心的不是105年第4季，而是106-107年的部分，到宅服務或醫療團服務，不管是身心障礙或是失能老人的服務量，當然到機構服務是比較便利、有效率，到宅是比較困難的，這是可以理解的。我想知道全聯會在106年有沒有一些策略？包括支持或獎勵措施，可以在第11、12、19、20項到宅服務的量能上是有計畫的推動，希望可以增加，或是在106年總額協商的時候有一個目標值？預估的服務量會是多少？

最後一個問題，第34張投影片的時間很有意思，這裡應該沒有滿意度的問題，我想知道全聯會如何解讀這個時間？也就是說，61%的人認為看病時間要20分鐘以內，我無法理解這個是不是只是要告訴我們看病時間就要花這麼多，還是反映疾病嚴重度？做這個調查是為了什麼？或者下個年度之後，時間的變化有沒有意義？部長先前在立院質詢時有回答，核刪的時候有刪掉一個拔牙速度太快的個案，那立委問部長拔牙時間怎樣是太快？部長說時間無法反應病人拔牙的好不好，所以是審核醫師認為太快拔掉就刪掉，顯然不合理，大概是這樣的內容，本來時間這個問題我沒有感覺，但經過這件事情之後，我想知道時間到底有沒有意義？我自己理解是沒有意義，是否看病看越久也不一定比較好，所以想再進一步請教，以上是所有的問題。

### 陳代表彥廷

先回答最後一個問題，這是一個錯誤的議題，那個醫師被審查是因為其他整體申報不合理的問題，並不代表這個案件被核減，也沒有存在因為他拔牙很快就被核減的事情，可能委員也問錯了，因為他不曉得事實的真相，所以就不回答

拔牙是否快比較好這個問題。

### **連代表新傑**

那我回答第1、2個問題。第1個東區的問題其實很單純，醫師成長率高，但其實個數不多，因為樣本數太小了，那我們在根管難症跟困難拔牙有調高支付標準表的點數，所以在樣本數小的情況下，醫師雖然增加，但能夠增加的服務量有限，而在難症、手術的部分有調高點數，一除下來覺得病人數增加不多，醫療耗用卻增加很多，但其實都是因為樣本數小。我們也鼓勵尤其在花東地區，能夠多提供難症或手術的服務，而不是拔智齒需要到台北去拔，根管的部分也是希望不要都把牙齒拔掉，多處理根管難症的問題。

### **滕代表西華(代理林代表惠芳)**

所以點數增加是因為處理難症？

### **連代表新傑**

對，因為有調整支付標準表的難症部分。第2個是急診問題，其實急診量也是跟西醫一樣，永遠不是可以預期的，也跟東區問題一樣，急診量本身太少，近幾年我們能做的就是調整急症處置費，因為有很多醫院反應派牙醫師去急診是賠錢，所以有調整假日的急症處置費，希望醫院能維持24小有牙科的狀態，尤其是醫學中心。那我們一直宣導滿意度調查，基本上牙痛找不到醫生就不滿意了，署本部也一直有在問問題，也希望全聯會做改善，可是支付標準表調升之後，委員又說怎麼會增加這麼多，這樣就有點矛盾了。那其實我們的目標是希望牙痛的需求由急症醫療去提供，其實牙痛需求不少，如果到西醫急診就屬於第5級，不需要壅塞到那裡，而是有專門牙科處理。第四個問題主委已經回答過了，那時間的部分，我覺得四個總額要一起看平均看診花多少時間，其他總額看診類型又不一樣，這時間只能證明牙醫看一個病人是很花時間的。

### **羅代表界山**

有關到宅部分，其實就是供給和需求的問題，以前執行率較低是因為誘因不足，但後來有調升到5700點，我認為是足夠的，但醫師還是會跟醫療團比較，還是會覺得誘因較低，因為一個診大約只看1-2個病患，相較之下醫療團效率比較高。另外是因為個案數不多，現在都是跟照管中心合作，有些縣市的照管中心考量到個資問題，有些可能不願意提供個案。但有時候照管中心提供個案之後，

我們去提供醫療服務發現家屬的反應也沒有很熱烈，好像覺得不太需要這樣的治療，也很怕我們做了甚麼事情，反而造成他們照護上的困難、生理上的危險，因此我們反而要花更多時間對家屬做心理治療、口腔衛生教育，治療時間反而沒有這麼長，這是很遺憾的，那個案來源來自於居家護理師的話，比較知道病患的需求，這種個案的配合度通常比較好，來自照管中心的個案配合度就沒有這麼好，但不管是提高誘因或者個案來源的問題，都是全聯會會再持續努力的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，請問還有其他代表有意見嗎？

**翁代表德育**

請教第26頁105年第4季醫療資源不足且點值低地區獎勵方案，第4季執行率是3.4%，全年是22.4%，我有一個很大的疑問，這個方案已經做非常多年，預算原本是5千萬，後來追加到8千萬，可是執行率很低。我們一直很想檢討這個方案，可是無從檢討起，因為不知道什麼原因導致執行率這麼低，如果用比較粗淺的數字去算，好像執行率也不應該這麼低，不曉得問題出在哪裡？那這個方案有個門檻，就是醫師人口比1:4500，那現在醫師數增多了，不曉得是不是獎勵的鄉鎮變少？如果是這樣，能不能把一些資料給我們？我們想要重新檢討這個方案。

**主席 蔡副署長淑鈴**

我想問高屏業務組，第17張投影片藥費減少比例特別高，特材增加特別多，不曉得有沒有特殊意義？第18張投影片，特材再細分以區域醫院特別多，這是不是有特殊個案？另外，第21張投影片醫缺改善方案執行情形的總計是多少？

**醫務管理組 劉科長林義**

醫療資源不足且點值低地區獎勵方案的重點在於點值低時最高補到1點1元，105年牙醫總額的點值很多分區在很多季都超過1點1元，所以能夠符合補助的資格就變少了。

**翁代表德育**

請問補助對象是逐年增加還是逐年減少？鄉鎮的變化是如何？因為我們也搞不清楚，有設門檻是醫師人口比1:4500，是不是讓很多鄉鎮沒有辦法領補助款？

**醫務管理組 劉科長林義**

全聯會有來文索取相關的資料，我們近期有提供給你們作為方案修訂的參考。

**主席 蔡副署長淑鈴**

如果有提供資料，是否再就資料進一步解讀？看是因為醫師人口比符合資格的鄉鎮變少，還是點值都沒有很低，所以領的地區變少。

**翁代表德育**

我們現在比較在意的是，到底這個方案嘉惠的對象是越來越多，還是越來越少，而不是在意點值，那我們不清楚。我看了提供給我們的資料，大概是針對補了多少費用做解釋，可是這不是我們要的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這都可以進一步了解，數據背後一定有你要的東西。

**醫務管理組 劉科長林義**

提供的資料有包含鄉鎮、醫師數，醫師明細，都可以給你們參考。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，高屏業務組的問題？

**高屏業務組 施怡如**

特材部分因為基期值很小，只有3萬多，增加一點成長幅度就會很高，我們追蹤的結果主要是因為有一個特殊個案。

**主席 蔡副署長淑鈴**

個案應該是出現在區域醫院？

**高屏業務組 施怡如**

醫學中心。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，醫缺全年執行率是多少？

**醫務管理組 劉科長林義**

全年執行金額是2.4億，執行率是86.4%。

**主席 蔡副署長淑鈴**

大家還有沒有其他問題？第38張投影片，為什麼補牙會有自費？這種自費可能是什麼？

**黃代表翰玟**

因為有些人把裝假牙當作是補牙，可能填寫問卷會有錯誤認知。

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

如果電話訪問會有這種錯誤，應該要跟問卷調查公司反應，應該要問你知道什麼是補牙嗎？如果真的是這樣，106年就應該加強問卷訪問，而不是民眾填完就丟回來給我們。

**主席 蔡副署長淑鈴**

補牙應該沒有自費項目。

**連代表新傑**

其實我寫評核報告很多年，之前也有提過補牙有分成兩種，一種是瓷牙貼片，類似於美白、美容的用途，這個也算是歸類在補牙、牙體復形的項目，但是健保不會給付美容項目，應該會有一定的量，但是不會太多。

**主席 蔡副署長淑鈴**

可是105年是8.2%，感覺不少。

**陳代表彥廷**

例如3D 齒雕的鑲嵌體，也是自費項目，但不屬於補牙，比較像是做假牙的過程，做的人也是極少，這麼高的比例應該是問問題的方法有問題。

**主席 蔡副署長淑鈴**

理論上補牙沒有自費項目，對不對？

**陳代表彥廷**

一般是不會有。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這項目的數據可能隱含著誤會，但也是不應該出現的。

**陳代表建志**

這個問題之前已經討論過很多次了，問卷公司到底是哪一家做的？

**主席 蔡副署長淑鈴**

不是問卷公司，是委託國立臺北護理健康大學做的。

**陳代表建志**

所以這不是全聯會自己做的，也不會知道問題是怎麼問的。那我看很多年，有

時候會換問卷公司，是不是以後要跟問卷公司討論怎麼問，之前也發現假牙製作或做牙套也是用這樣的問卷去問。另外，我想問之前問卷的年齡層都偏低，那這次簡報沒有呈現年齡層，以前18歲以下被問的比例很高，你問這些小朋友什麼是假牙、什麼是補牙，根本有時候不是那麼清楚，所以也會干擾問卷結果。

### 主席 蔡副署長淑鈴

牙醫總額問卷調查的年齡別要注意，因為問題比較專業，補牙自費問題請醫管組記錄下來後再洽企劃組，回到問卷最原始的問法，要再檢討以避免每年結果呈現會有誤會。

### 翁代表德育

建議要有國語版跟台語版，因為我們不知道訪問員是誰，很多人台語不流利，在鄉下很多人會把補牙與作假牙搞混，都以為是補牙齒，補牙的補要怎麼翻譯？叫做「ㄍㄨㄌㄨˇ」，真的是這樣講的。

### 龐代表一鳴

綜合回答剛剛的問題，事實上每年問卷都有發給全聯會，如果每次結果做出來有怪怪的地方，就會有很多解釋。因為這是長年在執行的，補牙這個問題的比例是低的沒錯，會受到一些因素影響導致變異性變大，如果只看2年趨勢會很恐怖，所以剛剛有指示同仁，把長期的資料再整理出來，如果變異性起起伏伏就可能是溝通的問題，如果有趨勢的問題就有檢討的意義，策略上就這樣解決。因為每年報告都有給全聯會，全聯會應該有一組人是專門詳讀這份報告的，所以解釋上還是要請全聯會幫忙，那這個問題可能大家不一定有讀到，我稍微念一下，問題包括：「請問您知道要收費嗎？」、「所花費項目用在那些地方？1. 裝置假牙、2. 牙齒矯正、3. 植牙、4. 打針、5. 藥品、6. 檢驗檢查、7. 醫療用特材或耗材、8. 連續拔牙、9. 牙體復形、10. 根管治療、11. 牙周病、12. 口腔外科手術…等」，我的意思是問的問題非常多，民眾回答的就會在裡面，所以還是有參考價值的。那我們資料整理得不夠好，這是長期監測，不應該只看2年，這是我們要再做改正的。相信全聯會還會再去研究這份報告，那如果健保會委員有興趣，報告資料都還有，科學上我們可以再去作了解。

### 劉代表經文

這份報告應該是我看最久、看最多，裡面有一個很大的弔詭，有些地方是用加

權的，有些年齡層問不到這麼多人，所以像龐組長提到的，如果有一個 outlier 的話，就會被算2、3次，那就更嚴重了，也會遇到這樣的問題。

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

應該是母群體加權，回推的時候比例還是一樣。

**劉代表經文**

不是，母群體這邊會算一次，這邊已經有問題，如果這部分年齡層人數不夠，就會重複計算，有些群體會被算兩遍，曾經有一年是這樣，104年就是這樣，所以有些時候是用統計數字在勉強說明這些事情。

**主席 蔡副署長淑鈴**

樣本數沒這麼多的時候就會重複算？

**劉代表經文**

對，因為有調查期限，要在這個期限內做完調查。

**主席 蔡副署長淑鈴**

意思是這裡2千多人，但其實沒有收到2千多人的資料？

**劉代表經文**

對，年齡層會有重複計數的問題，所以某些狀況就會表現得很特別，這個狀況曾經發生過。

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

怎麼會知道有重複算？

**劉代表經文**

報告內有說明，每年報告不一定出現在哪個年齡層，都會不一樣，這其實可以在統計時被處理掉，你看到以為是真的，但其實不是真的。

**陳代表建志**

其實自費只有184人，本來就不多。如果看第38張投影片，105年裝置假牙40.7%，牙齒矯正24.9%，植牙9.3%，補牙8.2%，全部加起來也才83.1%，很奇怪。有占17%這麼多嗎？他可能同時有做補牙、矯正等，所以數字呈現很怪。

**龐代表一鳴**

因為複選題。

**陳代表建志**

那複選應該是超過100%，這次卻沒有。

**主席 蔡副署長淑鈴**

因為有些項目沒列出來，這是節錄。

**陳代表彥廷**

只有列前4項。

**主席 蔡副署長淑鈴**

對，最高比例的前4項。大家還有沒有意見？顯然這整份完整報告我們都有給全聯會，雙方就再看看，評核會會再拿出來報告，有問題的地方評核會時就再拿出來討論，避免重複的問題會再被問到。

### **第三案 105年第4季牙醫門診總額點值結算報告**

**徐代表邦賢**

由於本區的南區點值比較低，需要做整體檢討，想請問不論是預估點值還是這裡的點值都是按照申報日期嗎？還是申報後的轉檔日期？包括結算或預估的計算期間，是申報的費用年月還是申報後署內轉檔完的費用年月？

**醫務管理組 張專委溫溫**

預估點值的部分，比如現在是5月，就會把費用年月在1-3月所申報的費用，也就是第1季的費用通通抓進來。

**徐代表邦賢**

要問這個是因為有時候費用是次月轉檔，所以會有差別。那我想再確定的是，計算點值時，不管是預估還是結算，統計的案件範圍是所有案件還是普通案件？普通案件也就是案件分類11、12、13、19。那職災有扣掉嗎？有，好，謝謝。

**主席 蔡副署長淑鈴**

第1個問題是費用申報年月，第2個問題是只要是健保不給付的案件都會排除，也就是代辦、職災的案件，才會計算預估或結算的點值。

**徐代表邦賢**

預估點值也是一樣嗎？

### **醫務管理組 張專委溫溫**

預估點值原則上沒有這麼嚴謹，預估點值相對結算點值排除的沒有那麼乾淨，結算就一定會排除乾淨，結算點值的部分我再說明一次，結算是用已經核付的費用計算，以第4季為例，傳票日期在3月31日前過帳者，且屬於12月以前的費用，原則上是以10-12月費用為大宗，但是有些是在12月以前申復、爭議核定且傳票日落在3月31日以前的費用，也會通通算進來。

### **徐代表邦賢**

所以包括補申報的費用也是？

### **醫務管理組 張專委溫溫**

對，都有可能。

### **龐代表一鳴**

請看第20頁，點數成長率成長最高的就是南區，第2名是北區，那如果在意點值的部分兩區都是下降的，可能要去分析成長原因。

### **徐代表邦賢**

這部分已經有在分析，只是想確定資料來源，後續分區控管時才不會解讀錯誤。

### **醫務管理組 劉科長林義**

代表也可以看第65頁費用年月的說明，會比較清楚。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

如果沒有疑問，105年第4季點值確認。

## **參、討論事項**

### **第一案 有關牙周病統合照護計畫108年導入一般服務之進度規畫**

#### **主席 蔡副署長淑鈴**

請全聯會再說明。

#### **連代表新傑**

基本上我們希望能維持牙周統合照護計畫的獨特性，可以看到牙周統合照護案件每季成長大約都20%左右，那我是覺得還沒有達到醫療需求滿足點，如果要規劃成一般服務，還是希望回到大總額時，能在大總額裡面維持一個小總額，還能夠維持各分區現有的狀況，這樣不管是在專案或一般服務，申報模式的改變是

最小的。至於預估多少服務人次的部分是預估20萬人，剛剛才收到署本部的資料，我要稍微強調，署本部補充資料第3點99-105年接受牙周統合照護的部分，重覆2-5次的人次大約有3萬4千多，占所有人次的8%，那我提供專業的意見，牙周病跟糖尿病一樣是一個高復發率的疾病，根據先前我們發表的論文研究結果，追蹤治療後1年半，一組有接受牙周病統合照護的治療，一組是接受傳統牙齦下刮除，沒有接受牙周病統合照護治療的，那發現追蹤治療後1年半，接受牙周病統合照護治療的牙周病復發率是6%多，如果是接受傳統牙齦下刮除，沒有接受牙周病統合照護治療的牙周病復發率是15%。署本部這邊資料是6-7年的資料，重覆率是8%，我覺得是比預期好，當然如果不是牙周病統合照護的可能重覆率更高。所以，不管是署本部自行研究或我們自己做的論文，牙周病統合照護的成效是不錯的，但因為還沒有看到滿足點，還是建議放到一般服務的小總額維持現況，把醫令修改到支付標準表內。

**主席 蔡副署長淑鈴**

請醫管組說明補充資料。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

我們統計幾項資料，第1項是用牙醫申報資料中，診斷為牙周炎，同時有作牙周相關處置的，相關診斷處置範圍列在資料最後1頁，請大家參考，那2個條件去算105年，大約有30萬人次，也就是30萬件，歸人之後大約是20萬人，醫療費用約442百萬，也可以看後面附表1，101-105年差不多都在約20萬人左右，附表1右邊列的是101-105年有申報牙周病統合照護計畫 P 碼的案件，105年是15萬人，那再請看資料說明，目前牙周病統合照護計畫的收案有規定囊袋深度及牙齒數的條件，所以就剛剛提到的20萬人牙周申報案件中，我們無法判斷是否符合牙周病統合照護計畫的收案條件，因為沒有囊袋深度的資料。剛剛代表提到的第3點，申報牙周病案件的人數是3萬4千多人在7年中有做過2次以上的療程占8%，因為我們認為目前申報牙周計畫的案件，在計畫結束後，應該也會在後續申報牙周相關的處置，那是否應該用這20萬人去估計？也就是剛剛提到每年有牙周治療的人約20萬人，假設這20萬人當中包含牙周計畫的15萬人的話，20萬人應該就是總體有牙周需求的人數，可能跟全聯會估的20萬人邏輯不太一樣。再用20萬人去估算費用，假設1個療程大約1萬元，包含1-3階段治療，這

樣大約是20億，以上說明。

**主席 蔡副署長淑鈴**

我想請問一般病人有牙周疾病時，一開始就醫你們就會給他做牙周治療？可不可以介紹你們怎麼樣處理牙周病的病人？

**陳代表彥廷**

一般來說，病人進來會做全口檢查，可能會做全口牙結石清除，牙周處置則是不一定會做的，如果是符合全口徑的治療，就會進到牙周統合，如果是局部的就會停留在91006C、91007C、91008C 的階段，所以這兩部分是分流的。但有可能做了牙周統合之後，過了1年可能局部會出現症狀，但這個個案數不會很高才對，因為我們有在統計再治療率，連醫師他們做的研究，比率是很低的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

連醫師的是6.8%，但我們跑出來的是8%，其實沒有差很多，我們跑得比較多年，所以也是對的。

**陳代表彥廷**

所以我覺得這兩個不是包含在裡面，應該是獨立的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

意思是我們說明1資料裡面，兩者是完全不相關嗎？

**陳代表彥廷**

相關極少。

**主席 蔡副署長淑鈴**

現在從申報資料看每年有30萬件主診斷為牙周炎且有做牙周處置，也就是20萬人，這20萬人有牙周炎且有做牙周處置，也有一些符合計畫條件，計畫條件有算到牙齒顆數、囊袋深度，也就是說民眾牙周不舒服，只要符合計畫條件就會被收案，以105年來看收案也有15萬人，有些病人是一進來就馬上收案，沒有經過第1次的診斷跟簡單處置，是這樣嗎？我們牙醫師收案會這樣嗎？所以收案15萬人就會跟申報資料的20萬人有部分重疊，但是不會全部重疊。現在有個重點是要估計，因為健保會有給我們一個確定的日期，就是108年要把牙周病的預算全部導入一般服務，每年都這樣也不知道何時結束，現在是就可能範圍

去估計最終預算是多少，全聯會現在只算107年，算法是2年都用122.68%去乘，是最簡單的算法，但還是沒有回答健保會108年全面導入一般預算時所需費用。

**翁代表德育**

我們是認為用推估概況不如用執行的概況來推估，108年可能要等到106年實際件數出來之後，再去推估會更準確，那107年的數字也是用105年的資料去推估，我們認為這是最正確的方式。

**主席 蔡副署長淑鈴**

108年再乘上一個成長率，那109年呢？再往上乘，是這個意思嗎？

**翁代表德育**

因為沒有通過109年我們要怎麼做。

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

如果是導入一般服務，就是依總額成長率基期往上墊，那單獨成長率呢？

**翁代表德育**

在健保會沒有討論這件事情，健保會是說108年，那我們就是在108年以內把這個工作做好。

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

你應該是在108年導入以前，希望能以實際的情況與預估相對接近的成長率，去推估108年一般服務，將來從109年基期去算成長率時才不會吃虧。當然是要算出108年的，因為109年就不是你算的啊，是國發會在算我們的總額成長率，以及進入非協商因素去成長，所以翁醫師的意思我明白，但是剛剛主席講的對你們比較有利，怎麼會1年、1年切開來看？109年怎麼會單獨談一個成長率？

**主席 蔡副署長淑鈴**

健保會結論是從108年度編完之後，109年就沒有這一項專款。

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

108年導入就沒有了，專款編到107年。

**翁代表德育**

所以署本部與委員的意見是，我們應該用比較公衛推估的方式來推估牙周病的盛行率？知道大家都是好意，可是我們碰到最大的困難是，雖然個案有這麼多

沒有錯，可是要去執行才能算數，所以我們能夠去推估的就是執行有多少的個案數，如果說健保會認為109年之後不管多少就是我們總額部門概括承受，我們當然會覺得很嘔，因為這很像小朋友我們把他養大了，結果養大了中間的差價卻要我們負擔，很不容易接受這個事情，這樣逼我們要提牙周病盛行率的概況，但根本執行不了這麼多，到底要怎麼做比較合適呢？

### 滕代表西華(代理林代表惠芳)

你們的解讀跟我們是完全不一樣的，今天不是要你把小孩養大了就要你們賠本繼續養，不是這個意思，是因為執行到一定程度之後就趨於穩定，當一個方案的服務模式出來了就可以預測，也就是這類的服務要花多少錢，已經相對可以預測你們可以接受的成本間的金額，這是第一點。第二點，我們每年成長的幅度，比如說全口 X 光片的給付、洗牙率等等，或是補牙率已經穩定了，就可以預估服務量，這時候就是試辦計畫可以落入一般服務總額，跟賠本不賠本無關，當然會不會有進入總額之後就暴增的情形，或者進入總額就突然下降的情形，還有人為的因素、支付標準的導引等，這些都有可能，每個疾病都有可能這樣的情況，假如有個牙周的重症後來又增加給付，這也是無法預估。不是要你們賠本，是希望你們預估接近實際情況，以後導入一般服務可以承受，所有總額都要承受有時候0.9、有時候1.1，一樣的道理。希望在一般服務裡面，所有牙醫師都有機會申報，不要再走專案，我覺得健保會的意思是這樣，不是導入總額就全部要你們扛，所有總額都是這種概念，這個專案試辦9年、10年了，應該要有一個趨於穩定的現象，可以做為導入總額做準備，西醫總額的概念也是這樣，前端不穩定的時候用專案，比如說在宅服務或特殊照護怎麼可能現在就導入，那趨於穩定的時候遲早要導入一般服務，不可能做那麼多特殊專案。這就是為什麼當時健保會不押人次，是希望你們算出一個可預期的成長率，或是可預期、可接受的支付標準，比較接近在總額裡面時，你們醫療臨床上比較能接受的，是這樣的意思。

### 翁代表德育

委員的好意我們感銘在心，但是我們每年牙醫師數都會增加，牙周病盛行率這麼高，到底要提多少的數字才能夠達到趨於穩定呢？108年是健保會給我們的指示，牙醫部門只是配合去做這樣的推估，到底要用哪一年才能算出穩定，我

們也想知道這個答案。如果按照盛行率，牙醫師數一直增加，總有一天盛行率會跟執行達到一致，問題是哪一年？我們也不清楚。現在是108年被迫要導入一般服務，那我們要提多少件數才夠呢？我就提出我們的困難，每年我們都要負責一個執行率，執行不利又要被檢討，如果大家的意思就是提一個趨於合理的數字，那我們就要多提一點，不然沒有辦法去承受將來費用成長的情形。

### **吳代表成才**

請看健保署提供資料的附表1，左邊是牙周處置，101-105年基本上是平穩的，也就是說利用牙周處置來照顧台灣牙周病患者，這個區塊基本上是平穩的，那牙周計畫也是在照顧牙周病患者，但是看到成長是很可觀的，如果這是一個特別預算，是政府鼓勵去做的，那我們樂觀其成，但如果是在牙醫門診總額內，而且還要切割成一個小總額去保障的話，那我們要反對，因為不可能每年都提供他20%的成長，最後大家都在做牙周計畫就好了，一定會排擠到其他項目的錢。所以一定要講清楚，到底要在牙醫總額裡面切多少來做牙周計畫？我們絕對相信現在的牙周處置跟牙周計畫不管有重疊多少，基本上就是在照顧牙周病患者所花的錢，我也不認為他的獨特性需要到保障每年要有20%的成長，而不去限制，我覺得這是不合理的。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

請健保會代表說明當初的決議。

### **健保會 陳組長燕鈴**

106年度牙醫門診總額協定結果，牙周病統合照護計畫第1、2階段與第3階段的協定事項是：「應於108年度回歸一般服務預算」。決議係設定牙周統合照護回歸一般服務的年度，未協定其他事項。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

那就是回到一般服務不在專款，當時決議沒有說回到一般服務之後還可以有個小總額，這是這次會議全聯會才提出的概念，協定時沒有同意回歸一般服務還可以有小總額，也就是併到一般服務內共用。既然要跨過這個門檻，就要來仔細推敲，剛剛委員講的也是，如果只看盛行率，某種程度是需要，可是吳代表講的附表1後面，牙周計畫剛開始執行比較少，後來就比較多，是因為剛開始

加入的醫師沒有這麼多，慢慢鼓勵之後才會成長的，所以需求數一直都維持在20萬人，也就是牙周炎有去看病的人，這些人可能跟盛行率不一樣，盛行率像是「需要」，20萬人這個是「需求」，這裡呈現長期5-6年都是20萬人會因為這個問題出來看病，就算是牙周計畫，也要有出來看病的人符合條件之後，才會收到牙周計畫裡面，這個當然就是一個需求數，而且還是長期穩定。牙周計畫不是每個牙醫師都在做，所以是選擇性收案且有收案條件，應該是可預測，而不是你們所說的每年要用20%去成長，硬是去擠出那些人。

### 翁代表德育

我想請問這個20萬人，用牙周疾病相關的診斷，是用哪幾個代碼去算出來的？

### 主席 蔡副署長淑鈴

後面備註2有列，最後1頁的表格有列。

### 陳代表建志

我想很多數字的解讀，大家都有不同面向，流行病學的盛行率當然會比執行率高估很多，那剛剛委員講的很好，要去預估一個結果，但是流行病學盛行率是個亂數，執行率只能告訴你有多少人來看病，但是到底有多少人牙周疾病沒有被照顧到，是我們這2年內要去預估這個數字，壓力是真的很大。第2件事情是我曾經做個一個很簡單的預估，只要增加6%的執行牙周病統合計畫的牙醫師，大概就會增加4萬件案件，這可能也不太準，但是只能說每年增加的牙醫師，PGY 之後有越來越多牙醫師有能力去做統合照護，每年就會有這麼多的牙醫師進到這個服務裡面，這也可以是個預估值。再來，牙周統合照護做了這麼久，是不是台灣民眾都知道有這樣的服務，這又是一個亂數，因為做越多就會有越多人知道健保有提供這樣的服務，所以前面5年做的比較少，但是慢慢的後面會大量出現，因為醫師增加且民眾需求也增加，盛行率也會增加，這都是亂數，我們要去推估這個真的很難，健保署用執行率推估真的是低估。

### 陳代表彥廷

我看出問題在哪裡了，我們資料是用過去幾年申報醫令的疾病代碼，但是這個病患如果有牙周炎但是是來補牙的，我只會申報補牙的疾病代碼，不會申報牙周炎的疾病代碼，所以900多萬就醫人數裡面，理論上應該有一半以上是有牙

周炎的，因為104-105年衛福部成人口腔檢查的委託研究裡面，我們檢查了1萬人中執行率有這麼高，但在健保申報檔裡面只有30萬人，原因是真的有治療才會申報這個疾病碼，沒有治療就不會申報。

**醫務管理組 谷科長祖棟**

次診斷也不會申報嗎？

**陳代表彥廷**

不會，完全不會。補牙不會去申報牙周病的疾病碼，所以這就是為什麼跟流行病學的統計落差這麼大，應該是400萬人或500多萬人，為什麼只出現30萬人？這其實比較接近我們實際上治療數，所以才會這樣穩定成長，事實上還是由我們供給來看的。假設每個人平均蛀牙3顆，有2000萬人就會有6000萬顆，可是1年只有補200萬顆，就只會有200萬人有寫到蛀牙的醫令跟疾病碼，所以在解讀這件事情上面會有盲點。每年都有新的人出現，可是明年這些人不一定會出現牙周病的疾病碼，因為他在隔年沒有做這個項目，可是這跟我們的預期比較一致的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

有一種可能是你們剛剛講的，有做1萬人的研究有5成有牙周問題，5成裡面程度有輕到重，輕微的要自我照護。

**陳代表彥廷**

我們說的5成是要做到刮除的動作。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這樣一定要做到齒齦下刮除嗎？

**陳代表彥廷**

對。

**主席 蔡副署長淑鈴**

但不一定要做到牙周病統合照護計畫，因為牙周統合照護計畫是有條件的，所以那個調查的5成當中，有一部分是進不了這個計畫。我們現在是在預估這個條件之下要進到計畫的數量，沒有達到這個條件就會在一般服務，我們呈現的

20萬人裡面，這些人會去做齒齦下刮除，或是教導他怎麼潔牙，而不是所有人都可以進到這個計畫，進到這個計畫要花費1萬元，所以會有一定條件，所以5成勢必還是要再打折，並不是5成就是對的。我們呈現2成可能會低估，因為有些人有牙周炎需求，但是來補牙就沒有申報牙周炎，那我們也不清楚這樣情形的比例是多少，絕對不是你說的5成，如果2成是不夠的，那會是多少？而且要注意的是，現在要預測的是牙周計畫，不是所有的牙周病，不是所有牙周病都要進入牙周計畫，要預測這個牙周計畫108年放進一般服務究竟是多少？剛剛陳醫師說的，跟牙醫師人數也有關係，但是有新進的醫師，也有退休的醫師，所以要算出淨增加，但是有限，還是可以把這個因素考慮進去，也就是供需的問題，其實收案人數就是供需的結果，能夠承載的量。

### **陳代表建志**

目前台灣的牙醫師退休的很少。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

也要維持品質。

### **陳代表彥廷**

我們回去再把這些數字再精算一遍，因為從100年開始，牙醫師 PGY 兩年訓練裡面就有要求做這部分的訓練，所以那些醫師就有能力執行，但是較年長的醫師反而是沒有做的。考量這些因素之後，下一次再把數字提過來一遍。

### **連代表新傑**

再補充一下，我做相關研究數據的時候，健保解讀數據的時候會有很大的盲點，就是只能看到有就醫的，沒就醫的就看不到，重點就是在這個，牙醫就醫率不是90幾%，所以署本部的20萬人是就醫的人，可是很多牙周疾病是累積很久才就醫，結果發現很嚴重，應該要看好發率，所以為什麼牙周統合照護計畫會持續有這麼多案件成長上去，而且復發率6、7年之後只有8%這麼低，原則上應該要更高才對，但因為根本沒有達到滿足點，所以看數據最大的盲點就在於只能看到有就醫的、有牙周處置的，就認為是這樣，這樣是很大的錯誤，沒就醫並不代表沒有疾病，當時我們跑數據也有跟老師討論過這個問題，尤其是牙科，沒就醫的人會忍，出現很大的問題才就醫，如果沒有這麼多牙周病病患，我們

怎麼可能每年生出來20%的成長率，這計畫有很大的門檻，沒有這麼容易，現在這個論點有很大的瑕疵，完全忽略掉沒就醫的部分，牙周疾病就醫率大概才40-50%，有這麼大一塊都沒有估到，成長30萬件怎麼會夠？

### 滕代表西華(代理林代表惠芳)

我們很同意各位委員推估的理論基礎，沒有人用盛行率在抓費用的，如果這樣西醫總額就被糖尿病、高血壓吃掉了，透析也沒有用盛行率。第2點，我們每年不是固定住就不成長，會有新病人，當然不是108年估了費用之後，到了128年還是一樣，還是會成長。那我們勉強可以用發生率跟就診，假設剛剛說的牙醫就診有40%，希望提高就診的人數，但也可以說如果衛教做的好，人數不一定會提升，如果心口司的衛教做的好，發生率降低也是有可能的，盛行率本來就是有很多干擾因素，不可能全部考慮進去，那我剛剛說這幾年穩定是因為不管連醫師、翁醫師講的，當然是從現有有出來就醫的，感冒也不一定出來就醫，要用有就醫的，或是有其他相關醫療處置可能是潛在就醫的，再跟牙周計畫去跑重疊的部分，就可以知道差距的百分比，如果是健保署資料我剛剛算了納入率，其實收案率已經達到70幾%，我是說假設，因為實際情況大家都不知道，可能不一致，但不能排除在牙周處置裡面是有部分是收案的，大家都同意這個論點，只是要再去跑更精確的人數，這個數字一跑當然就可以算出來進到一般服務的時候，服務的量能到底是多少，一定可以算的出來。再來是小總額分配方式，應該這樣說，小總額的概念是成長率低的服務項目，又覺得這個項目很重要，用小總額去保障而不被大的疾病項目吃掉，這是合理的，成長率高的項目採小總額，例如透析，目的不是為了保障，你們說是為了維護牙周統合的精神，確保一定執行率，但是各位剛剛都說了牙周統合是個高成長率的項目，做小總額只會有一個目的，就是要保障其他項目不要被牙周統合吃掉，並不是保障牙周統合，所以要做小總額跟你們的說明是剛好相反的結果，所以我們不太可能支持小總額，如果這樣為什麼還要導入一般服務？就讓這個繼續在專款做就好了，這就是為什麼要在108年導入之前，再怎麼困難也要找到一個方式，其他總額也是這樣的，要去找一個相對可以承擔的預測成長率的模型跟金額，一定有可能會算錯、算不準，但隔年就會在點值、案件數去反應，導入基期之後都沒有吃虧的，因為在專款還要繳回來，導入基期之後即使影響到點值，那

也是1年的反應，但是不放進去就永遠都不知道會不會影響點值，所以現在是自己嚇自己，如果全聯會估不出來，就會是健保署估，就是這麼簡單。

### 龐代表一鳴

討論差不多了，相信大家都很清楚，全聯會也說要把資料帶回去再分析。如果數據分析需要幫助，醫管組會再配合幫忙，過去有個總額有類似經驗，也就是B肝從專款轉回一般部門，當時我在南區業務組，雲嘉南地區是B肝盛行率高的地區，確實南區會有點損失，後來總額公式上沒有彌補，那既然這件事情可以有1、2年的準備作業，就要預先準備，麻煩大家看議程資料的第22頁，牙周統核照護計畫的數值，這裡是看成長率，一般牙醫費用申報專案的費用最多，那如果以這個費用分布作為醫療利用分布，或者是以人口分布來看，例如台北人口大約占3成，中區大概2成，南區大概12%，用這個分布來看，再看第22頁牙周統合費用分布，台北區大概占率40%、北區15%、中區15%、南區12%、高屏14%，那傳統健保資料的占率最大通常是台北，費用中區比北區少，人口卻是中區比較多，也就是說醫療利用上北區提供較為充足，所以姑且不討論盛行率，假設爭議通通都解決了，卻沒有處理好費用分布的話，目前專款沒有分區，如果未來灑到全國會有問題，因為現在還有一些時間準備，策略上是不是要考量供給相對不平均的問題？除非全聯會的資料可以證明病人分布有地域差異，假設沒有差異或差異不大，顯然就是供給面的差異，就要進一步分析目前提供服務的人數是不是均勻分布，然後再去處理預算的問題。所以健保會給我們一些時間緩衝，是用來解決這些問題，相關數據我們再跟全聯會合作，以免到時候改變太大會有區域間的失衡。

### 翁代表德育

請問附表1的幾個問題，請看附表1備註，牙周處置的人數是依照ICD-9碼再併牙周處置同時發生才算1個人次嗎？是，那我建議一下，第1點有關醫師申報的診斷跟處置醫令，我不知道每位醫師是否能寫的標準，所以建議所有牙周處置相關的醫令就直接算1個人次，第2點是所列的牙周處置醫令是有些不足的，例如91001C是牙齦切除等這些沒有，那有些人做了簡單牙周處置，例如牙周緊急處理也沒有在裡面。

## 龐代表一鳴

剛剛執行長有同意後續再處理，我們也會配合，不管定義是從寬或從嚴，專業上你們一定比較了解，我們後續再一起合作處理。

## 主席 蔡副署長淑鈴

因為今年9月研商的是107年預算，但明年第1季要報108年總額到行政院，理論上這個案子不知道會變成多大或多少，框列108年總額時就要知道規模，所以剩下的時間就是8月份第3次會議及11月第4次會議，還有2次會議可以好好討論，今天是初步討論，全聯會提出的是非常簡單的估算，也就是用22%成長率去估107年，但是對108年導入一般預算的幫助很少，基本上還是需要大家集思廣益，不能使用流行病學盛行率直接匡列，是不切實際的，應計算需求，需求跟供需有關係，是複雜的問題。

另外，108年將這個專款併入一般服務之後，分配到分區時也要很小心，也許照原本的分配方式可能就會不對，是環環相扣的，基本上還是要先知道大數，再看第2層的分配。

今天討論這個案子，顯然這樣的粗估對於108年總額幫助很小，後續雙方再繼續交換意見。假設提供資料有不足或誤差，我們都願意再提供，雙方再討論之後達到合理，因為健保會到時候也會問本署這樣的算法合理不合理，也要依據可以接受的程度去回復健保會，今天就討論到這裡。

## 張代表文龍

我是來自於製造業，覺得各位很好命，因為我以前在蘋果工作，各位手中使用的電腦與鍵盤是我的專利，我們明年要賣多少手機，都是市場的趨力，市場是每1季都在變動，製造業很難看到整年的訂單，能夠看到下1季就不錯了，可以看到我們出季報，但都是過去的資料。所以我覺得健保署已經是最大的善意，給各位這麼長的時間做預測，我們的預測經常是不準的，不準的原因很多，包括一例一休也是當初沒估到的。

## 主席 蔡副署長淑鈴

這個案子初步討論到這裡，之後雙方再討論，那約定在8月份第3次會議把較具體的草案提出來，需要醫管組協助的部份我們全力協助，只要大家能夠提出明

確的定義。

## **第二案 修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」**

### **醫務管理組 劉科長林義**

這次是用現行執行情形來做修正，請看第76頁附表的醫療服務品質指標分為3部分，第1部分是醫療利用率，第2部分是保險對象就醫權益，第3部分是專業醫療服務品質指標。首先，醫療利用率部分，因為各總額部門規定都不一樣，我們建議只要放最重要的每點支付金額改變率，也就是點值改變率，因為像牙醫還有放人次利用率，其他總額還有放人數利用率，都不一樣，那點值的改變就會包含人數、人次跟價，前面文字有寫只要點值變動正負10%，就要提出檢討，就會檢討到這些項目，所以建議不重覆，只放每點支付金額改變率就好。

第2部分是保險對象就醫權益，也就是剛剛有報告的滿意度調查，建議修訂成較有彈性，未來有可能會再進行保險對象就醫經驗調查，就不一定是滿意度調查，所以建議把滿意度調查的文字改為就醫調查，也許明後年都還是作滿意度調查，但是以後改變時就不用再修定文字了。再來，民眾諮詢及申訴檢舉案件數，實務狀況是在評核會報告，是每年報告1次，所以比照現行運作將每半年改為每年，以及計算公式這邊的受託單位將處理情形提報保險人，但事實上我們都是提報至評核會，建議刪除保險人的文字。

第3部分的品質指標再請醫審及藥材組補充說明。

### **醫審及藥材組 曾科長玫富**

請看第80頁，原本文字是院所感染管制申報率，因為醫療品質資訊公開辦法有將這個指標列為品質公開指標，當時公開指標名稱是全聯會提供，所以品質確保方案相同指標包括指標名稱及分子定義配合改成「加強感染管制診察費」。第81頁也是配合文字修訂，另本署也有函請全聯會提供除了文字修訂以外，是否還有其他增修意見，全聯會回覆暫時沒有。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

品質指標除了剛剛報告部分，建議再增列牙周病品質指標，這邊只有牙周統合

計畫執行率，沒有品質指標，執行率只是過程面，現在會花更多錢在牙周病，品質要怎麼衡量，這是目前指標欠缺的，請在下次會議提出。剛剛報告的修訂內容有沒有意見？

### **滕代表西華(代理林代表惠芳)**

第76頁醫療利用率，每點支付金額改變率裡面有可能跟利用率有關沒錯，但不僅只有利用率，還有支付標準調整、醫療利用分布等，要把人次利用率拿掉沒有意見，但是人次利用率、人數利用率跟每點支付金額改變率應該是不一樣的概念，如果要這樣修訂應該不是這樣的說法，如果是每點支付金額改變率呈現點值變化，那利用率部分要怎麼樣看待？因為剛剛報告都有提到利用情形等，還是就靠後面這些指標項目取代？會不會影響未來指標總覽的項目？

### **醫務管理組 劉科長林義**

現行協商時的指標要覽指標都不會改變，每季簡報資料也都含有人數、人次利用情形，所以建議不要重覆，只要放置每點支付金額改變率就可以了。

### **張代表雍敏**

心口司有幾點補充，有關第75頁口腔健康指標監控，有提到主管機關每5年要提出調查，依照口腔健康法是每6年提出調查，因為依照生命周期有3個階段，分別是0-6歲、6-18歲及 $\geq 18$ 歲，每階段會執行2年調查，前2年是執行104-105年18歲以上口腔健康調查，106-107年就是0-6歲調查，所以必須要6年才能輪到1次。第3點是有關(6)的部分，納入標案研究計畫的項目，第4點是為求精確，是否可以標註盛行率等名詞的英文及操作型定義？最後是奶瓶性齲齒已經很少使用，是不是可以改成早發性齲齒？但是早發性齲齒各國有不同定義，所以才建議要把操作型定義寫清楚，請全聯會另案提供相關的定義。

另外，第80頁6歲以下兒童預防保健的比例，這個塗氟會涉及到中央政府公務預算，每年差不多會花費5.4億，中央政府公務預算又一直往下修，也不能繼續欠下去，所以這樣分子應該會逐年減少，是不是會影響牙醫權益，我有點擔心。IC81、IC87部分，我們會在6/2開會討論塗氟相關事宜，考量以後是否要加開，是否可以再留給我們討論的空間？

**龐代表一鳴**

原來第75頁的設定是主管機關，因為組織變動更迭，那這部分就由心口司來幫忙修訂就好。

**張代表雍敏**

比如說奶瓶性齧齒的各國定義不同，是不是可以請全聯會幫忙，看是要用美國或加拿大的定義。

**龐代表一鳴**

我們就配合部的政策，請全聯會專業協助。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，麻煩副司長，既然已經納入品質確保方案，可不可以歷年調查結果提到下次會議專案報告？因為這是長期總額很重要的觀察指標，過去比較沒有參考到。

**張代表雍敏**

好。

**主席 蔡副署長淑鈴**

謝謝，請問還有沒有其他意見？

**張代表雍敏**

請問第80頁應該如何處理？我擔心分子會越來越少。

**主席 蔡副署長淑鈴**

這是跟預算有關，分子會減少，但是無損於總額協商，但是預防保健做的比較少，看病的人就會比較多，協商沒有看這一項，但是還是需要知道這個趨勢，間接還是會有影響。請問其他修正還有沒有意見？

**徐代表邦賢**

有關就醫調查修改頗大的，當然如同科長所說是為了要保留彈性，想請問署本部有沒有什麼想法？參考各界意見有包括我們嗎？

**主席 蔡副署長淑鈴**

有。

## 徐代表邦賢

因為太有彈性，看不太出來。因為滿意度調查全聯會也滿認真研究的，針對一些缺失都有例行檢討與調整，那突然這樣的文字調整，想知道署是不是有其他想法？我們可以預做因應及調整檢討方針。

## 主席 蔡副署長淑鈴

這個修正是因為未來就醫調查，當然會包含滿意度調查，還會有滿意度以外的項目，例如病人就醫經驗的調查，這個正在計劃中，因為確實要再花一些預算，把文字劃掉但滿意度還是有在做，只是未來要用什麼形式做還不確定。

## 龐代表一鳴

按照世界衛生組織或是 OECD 的專有名詞是回應民眾需求，那相對滿意度、經驗，用字上會比較客觀，過去大家習慣用滿意這個詞，就會有些人提出怎麼不做不滿意調查？也就是這樣會有一個價值的判斷，但現在醫療上是呈現多元價值，例如醫療技術、服務態度，名氣、交通便利等都是不同構面的意義，很難用滿意來回答所有問題，學術現在都叫做就醫經驗調查，這樣就會有不同構面，方法學要跟國際接軌，那我們先預設這個方向。過去滿意度有主觀價值判斷問題，現在要跳脫這個觀念，會有更寬廣的思考空間。

## 主席 蔡副署長淑鈴

未來如果要改成其他形式的調查，一定會提到這個會議討論，大家不用太擔心，新的調查還沒有出來之前，滿意度調查依然會做，國外常做的是住院病人就醫經驗調查，門診相對比較困難，也不會這麼快進行，我們理論上會先從住院病人開始做，這樣的修改對於牙醫沒有太多影響，只是在各總額一致性的更改。

## 翁代表德育

我還是有點疑慮，當初我們在做牙醫總額，跟現在的觀念有點不一樣了，這裡刪掉的就醫可近性是我們強力追求的目標，劃掉是代表什麼？我很憂慮這件事情。第2點，醫療服務品質滿意度當然大家覺得到頂了，我們還要不要監測？還是換一個方式監測？我們一樣也很憂慮，因為當初做牙醫門診總額是有考慮這些事情，在很多狀況下才答應做牙醫總額，過了十幾年之後，像是民眾自費狀況的變化雖然對牙醫不利，但我覺得還是要調查，能不能不要把這3項拿掉？就是計算公式與文字說明這一欄，文字都劃掉了。

## 龐代表一鳴

好，那恢復不要劃掉，不但不能劃掉還要加註，修訂為「就醫可近性、醫療服務品質滿意度及民眾自費狀況變化等調查內容得由保險人參考各界意見後研訂」，因為這些都是構面上需要有的，可能是我們說明不夠清楚過度簡化了，那就改回來。

## 翁代表德育

第84頁，想拜託署的部分是，當初大家想把核減率當成品質監測指標，我們一再表示困境，裡面有設定自動化審查，最近也造成我們很多困擾，有家醫院每個月要寫100張申復單，因為自動化審查邏輯跟我們認知的邏輯不太一樣，希望自動化審查可以多徵詢我們部門的專業意見。

## 醫審及藥材組 曾科長玫富

醫令自動化審查是在法規有明確規定，且能電腦邏輯化的，例如一段期間只能限用幾次等，才會納入執行，過去全聯會有反應過，自動化審查在署內有一個討論機制，如果全聯會覺得有些邏輯有問題，可以反應到我們的審查單位處理。

## 翁代表德育

這個問題已經反應很多年，都沒有做到，我們反應很多事情，現在隨便都可以羅列很多東西，最近是有醫院受不了了，那法規有明文規定沒錯，但是對於邏輯文字上的認定大家解讀不一樣，在自動化審查篩選出來的結果就會不一樣，這次好像要開會了，是不是可以把過去種種問題再釐清？我要解釋在這個指標我們是啞巴吃黃蓮，把這種核減當作核減率的一部分，專業申復又過了，造成初步核減跟申復核付率有落差，但這不是在專業上表現不好，而是在自動化審查大家解讀不一樣。

## 醫審及藥材組 曾科長玫富

當初醫療費用核減率列入品質確保方案是全聯會建議的，統計數值有公布在全球資訊網，數值是滿低的。對這個指標的計算定義，如果有修訂意見，可以提到會議討論。

## 徐代表邦賢

既然有溝通會議，是不是可以把自動化審查邏輯都拿出來討論？因為全聯會這邊是遇到狀況了才發現有問題。

### **醫審及藥材組 曾科長玫富**

自動化審查邏輯太細了，好像不適合在研商議事會議討論。

### **徐代表邦賢**

那是不是有另外的場合由專業團體跟署一起討論，針對自動化審查邏輯逐項討論，讓我們提供一些專業意見，讓邏輯符合現況？

### **醫審及藥材組 曾科長玫富**

這部分意見請讓我帶回去，因為過去好像都有討論。

### **謝代表偉明(代理溫代表斯勇)**

早期會跟全聯會討論相關邏輯，讓我們提供專業意見，只是我想不管做很多醫審或醫管的措施，要怎樣去輔導院所我們都會公告，但是自動化審查是進來電腦就核刪了，那為什麼這種明文規定的事情不公告？這是涉及到每個院所的權益。第2件事，法律明文規定沒有模糊空間，那法律都寫清楚了，為什麼還要有法官判案？因為有文字解釋上的差異性，所以建議一定要有公告，公告後發現有問題後可以有討論空間，否則造成後續申復的發生。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

翁醫師剛剛提到自動化審查有爭議個案，是不是提供出來讓醫審單位參考？讓他們研商看看是不是邏輯有問題。

### **陳代表彥廷**

因為這次很多醫院只要是第2張全口 X 光片就會被核減，但是做癌症治療要追蹤，結果追蹤的 X 光片都被核減，那例行性的呢？這種修改了我們都不知道，每個醫院申復都在罵，以往署回覆這是我的業務，不需要告訴你，可是發生很大的民怨時，我們還要扛責任，這件事情非常非常嚴重，而且影響很大，這次就有醫師從南部上來，他一個月就寫100多件申復，我覺得不應該這樣，早期分區提供給署本部建議時會跟我們討論，意見溝通還是很重要，最近這幾年這種溝通完全沒有進行，都跟我們說申復就好了，怎麼可以把錯誤叫人家申復就好？而且現在累積的條文很多，每個月接收會員這麼多抱怨，我認為署應該要嚴症看待這件事情，不然會越鬧越大。

## 龐代表一鳴

34004C 的審查不是醫管組做的，但是支付標準是我們的業務，審查單位要求要解釋支付標準文字，乍看之下覺得審查邏輯應該沒錯，註解是每人限支付一張，並應詳述特殊情況，沒有寫一年或一次，所以電腦寫一輩子，所以溝通清楚，問題就會解決，基本上牙科支付標準都是全聯會主導，當時文字有不清楚、會造成誤解的部分，我們來改就好了。

## 陳代表彥廷

以前沒有自動化審查，所以沒問題，因為會由專業認定。還有其他的，例如補牙不能報麻醉，但如果同時做牙周治療，就會需要做麻醉，自動化審查沒有分辨部位，常常會誤刪很多，這些事情層出不窮，所以想再檢視有沒有我們沒考量到的地方，給一些建議，這樣就可以減少很多誤會，如果需要宣導我們就可以先跟會員宣導，應該要怎樣紀錄更清楚，這才是減少行政時間浪費的方法。

## 醫審及藥材組 曾科長玫富

請問全聯會是希望在邏輯建立時提供意見，還是要重新檢視現有邏輯，或只針對有問題的邏輯提供意見？

## 許代表世明(代理陳代表義聰)

其實訂邏輯的時候，過於寬鬆會有浮濫，以電腦邏輯來看是沒有錯，現在探討這個的必要性，比如說34004C 一定要納入自動化審查嗎？其實用專業審查就可以審查其合理性，如果有產生申報浮濫的問題，是不是就用其他醫管方式處理？不然改支付標準表很困難，會擔心有浮濫狀況。

## 醫審及藥材組 曾科長玫富

目前最大問題就是因這項醫令的自動化審查嗎？

## 許代表世明(代理陳代表義聰)

還有，也希望之後有新增自動化審查邏輯的時候，全聯會這邊也可以有一份，讓我們提供建議，如果有些例外情形的話，是不是就不要納入自動化審查邏輯。

## 龐代表一鳴

如果需要一些彈性，通常文字部分會習慣加「為原則」，因為這裡寫得很死，也就是「每人限支付一張為原則」，因為現在的趨勢就是要朝著電腦審查，支

付標準寫得很複雜就靠專業審查，很簡單就可以靠電腦審查，審查的上游是在支付標準規定，所以在支付標準這邊解套也是方法之一。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

因為討論很多了，這一項是不是作以下幾個結論：

第一點，有關品質確保方案第五項口腔健康指標監控，文字修訂請心口司協助修訂，並於下次會議提報。

第二點，請心口司於下次會議提供長期口腔調查的報告。

第三點，有關本次修正的滿意度調查部分，文字略有修正，但於公式說明欄位文字大致恢復為原來文字。

第四點，有關品質指標，請增加牙周病品質指標，請全聯會於下次會議提報。

第五點，有關自動化審查的爭議，請全聯會提供有爭議的資料至醫審及藥材組，必要時請醫審另外開會討論。

### **陳代表彥廷**

可不可以先給我們目前的操作型定義？

### **醫審及藥材組 曾科長玫富**

因為我不是權責單位的主管，無法代為回答，但過去全聯會這個要求一直都有，可能有業務管理層面的考量，其實邏輯的基礎就是支付標準，支付標準全聯會都已有，一定是可以電腦邏輯化的才會納入。

### **陳代表彥廷**

我剛剛有解釋，支付標準規定麻醉內含，但是指那顆牙補牙時內含，但是自動化審查改成整個申報都內含就會有問題。我們上次提出這些問題時，醫審回復我們這些案件申復就好，會議上這樣回答我們。

### **連代表新傑**

都是被刪掉才後知後覺的。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

其實自動化審查是想要讓電腦執行支付標準表，所以支付標準表怎麼寫，電腦邏輯就怎麼寫。

**連代表新傑**

但是寫的時候沒有完全按照支付標準。

**主席 蔡副署長淑鈴**

所以爭議就是支付標準表要轉過去電腦邏輯時有問題，所以結果跑出來不對，請全聯會把所有看到的問題都整理出來，我們請醫審組同仁再去研究，如果研究出來是支付標準表可以寫得更完整，那自動化審查就會跟著改了。

**連代表新傑**

我們當然是在診斷問題、提出問題，但是為什麼不能預防勝於治療呢？讓我們事先知道轉過去的邏輯，因為有誤差的時候我們事先都是不知道的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

邏輯就是按照支付標準表寫的。

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

現在就是要你們提供錯誤在哪裡，不然怎麼知道哪裡錯？

**連代表新傑**

我們沒看過邏輯怎麼會知道哪裡錯？

**滕代表西華(代理林代表惠芳)**

現在是署認為沒有錯，你們實務上認為有錯，所以要你們提出來是key in 錯了還是邏輯錯了。

**翁代表德育**

我建議全聯會再整理一次，那因為之前已經有給過了，那可以第3次會議來追蹤這件事情的進度嗎？

**主席 蔡副署長淑鈴**

可以，但是要先給我們資料才能追蹤。

**許代表世明(代理陳代表義聰)**

那可以請健保署給我們目前有執行自動化審查的項目有哪些？

**主席 蔡副署長淑鈴**

這樣很多項目，可能沒辦法給出來。

**許代表世明(代理陳代表義聰)**

不是邏輯，項目就好。

**主席 蔡副署長淑鈴**

請業務單位回答。

**醫審及藥材組 曾科長玫富**

基本上只要涉及明確數量規範的都會寫入邏輯。

**許代表世明(代理陳代表義聰)**

其實剛剛講的很多問題在醫審都會碰到，如果是單一醫令處置時都不會有問題，但病人執行多種醫令時就很容易出問題。我當然知道邏輯在哪，但是到底有哪些項目正在做？印象中34004C很久以前支付標準就這樣寫了，可是從來沒有聽過有這個審查，是什麼時候開始執行才出現這個問題？邏輯當然沒有錯的，但是當署要開始執行時，可不可以先讓我們知道？

**主席 蔡副署長淑鈴**

因為今天科長不是審查科，是品質科的科長，所以很難正面回應，是不是容他帶回去跟審查科科長交班。

**醫審及藥材組 曾科長玫富**

這些建議我回去一定會轉達。那我以前的經驗是，如果有模糊空間的情況是不會進入自動化審查邏輯，以避免產生後續爭議，而且是依照個別醫令，如果該醫令有很明確規定，才會納入審查。那我不知道後來是否有把模糊空間的也放入審查，如果有哪些邏輯會造成很多申復問題的就先解決，因為就我所知牙科自動化審查邏輯不少，因為牙科很多醫令都是有明確規定的。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，請全聯會再整理資料提供給審查科處理。

## 劉代表經文

我再解釋一下，如果做牙周的牙齦下刮除是允許上麻藥的，但是在同側做補牙的動作，補牙的支付標準表會把麻醉剔除掉，很多人都發現這個問題，但是都沒有申復，因為才幾十元，所以是一直發生的，這到底對不對其實是要再討論的，以補牙來說是對的，因為補牙已經內含麻醉，可是同時執行兩項，就會有問題。

## 張代表文龍

我知道各位的意思，只是以製造業為例，自動化上線之後錯誤率一定很高，但是當系統很穩定時是倒過來的，出錯是不容易的，我意思是現在是很微小的調整，副署長真的對你們很好，我們跟人家做生意，人家不會把這種事情放在眼裡，會跟我們說你自己想。但是我們盡可能去做到完整，這樣出錯也不容易了，剛開始良率不高時就會是很大的災難，投入成本非常高，我現在估測良率可能很高，只是要把良率拉到極限變成不出錯率，但我猜測金額應該不大，如果金額很大大家早就跳腳了，所以再調整一下就好了。

## 主席 蔡副署長淑鈴

他們關心的是工作負擔，尤其是醫院要去申復很煩。

## 蔣代表維凡

其實這個問題是中區最早開始，沒想到蔓延到所有分區都有問題，這樣的檢查是針對急重症病人，比如說口腔癌，如果邏輯是一個人一輩子只能申報一張，很快就會被用完。我想原本的邏輯是針對一般性的檢查一次就好，但是對於特殊需求應該還是要用的，我想的確可以再做一些調整，回到支付面自動化審查，還是要徵詢我們的意見，不要直接刪掉。

## 主席 蔡副署長淑鈴

好，我想還是先把問題都提出來，如果支付標準可以修訂更完整，就從支付標準下手，如果是支付標準寫的很清楚，但是看到是寫電腦程式有誤會支付標準的意思，那就要改邏輯，這是相互的，只要能很好的溝通，也就不會有這些問題了。我只是很訝異，這問題聽起來很久了，應該是有在其他會議提過，這次會議第1次提吧？

### 翁代表德育

剛剛醫院提到的問題是最近這幾個月發生的，我們也很奇怪這項支付標準在民國94年就存在，電腦自動化邏輯最近才開始做，有點措手不及。

### 南區業務組 唐文璇

因為這項邏輯是中區提出來的，從去年10月份開始放入檢核，所以跟翁醫師講的一樣，醫院最近會慢慢檢核出來。

### 中區業務組 林淑惠

因之前曾調申報34004C之病歷來審查，經專業審查發現有不符醫療常規情形，如初診時申報一般診察費及34004C或遇拔牙處置時併同申報34004C，當時就不合理或不符規定部份予以核刪。對於此現象曾在中區相關會議報告，並請中區委員向全聯會請教，此醫令是否如支標所訂每人限支付一張(一輩子限申報一張)，當時給我們的回覆是肯定的，之後本組向署本部提出34004C自動化審查的需求。

### 主席 蔡副署長淑鈴

好，故事的過程就是這樣，中區同仁也很用心，有先問過你們，你們當時就幫忙解釋，所以他就把這項寫入自動化審查邏輯。現在是因為有特殊個案就不適用，所以應該是回到支付標準表再重新寫清楚，就不會衍生這麼多誤會。

### 黃代表立賢

這是有歷史淵源，大家講的也都對，像蔣醫師說的也對，例如骨折前後要各別照X光片，癌症追蹤也是要照X光片，但是發生在中區又不太一樣，所以同樣34004C的解釋就會不一樣，例如拔牙X光片是內含的，如果取巧多報34004C，所以中區就把這些拿出來與業務組共同執行方案，把多報的剔除掉，但是當初也有反應到全聯會，結果口腔外科都沒說話，我也有要求中區口腔外科協會有意見一定以專科協會的名義到全聯會報告需求，那一直都沒有，等到要核刪就全部跳起來，講了一年都沒人反應，結果自動核刪就開始了。

### 翁代表德育

我追求一個水落石出，所以這是全聯會中區審查分會跟中區業務組共同製訂這項電腦自動化邏輯？我們分區審查分會有去建議這項審查邏輯是對的？

### **主席 蔡副署長淑鈴**

其實這樣就是中區問題獲得解決，確實有人亂報，藉由自動化審查把不必要的拿掉，沒想到變成全國性自動化審查之後，解決問題卻又產生新問題，那現在是檢視新問題，回過頭來看是不是支付標準表的備註可以再清楚些？把新舊問題都解決。

### **陳代表彥廷**

其實這個過程我有注意到，當初給中區建議是要立意抽審這間院所，就可以把這些案件刪掉，可是變成自動化審查，如果不是這個情況，第2張就會被刪掉。以前是因為自動化審查沒有放進這項，放進來後又少了機制，變成例行性核減就會有困擾。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

不管是要改支付標準表、自動化邏輯或委託全聯會專業審查 SOP，我們都沒有意見，都可以配合。聽起來不管是全聯會或分會都是想把亂報核刪掉，但同一種方法會影響到重症，就再好好研究什麼方法解決，有沒有其他方法可以同時達到兩個目的，希望能盡快解決。這個案子就討論到這裡，剛剛的決議就請再執行，下次會議再討論。

### **張代表雍敏**

修訂第五項指標的部分請全聯會正式函知本部，大約在7月中旬把這些定義確定。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，今天會議就到這裡。