

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

105年度第3次會議紀錄

時間：105年8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	翁代表德育	翁德育
吳代表永隆	吳永隆	莊代表志強	請假
吳代表成才	吳成才	連代表新傑	連新傑
吳代表明彥	請假	陳代表建志	陳建志
呂代表軒東	請假	陳代表彥廷	陳彥廷
呂代表毓修	呂毓修	陳代表義聰	請假
李代表明憲	李明憲	徐代表啟東	徐啟東
杜代表裕康	杜裕康	黃代表福傳	黃福傳
阮代表議賢	阮議賢	劉代表新華	請假
季代表麟揚	季麟揚	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	請假	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表富滿	請假	黎代表達明	黎達明
林代表惠芳	林惠芳	謝代表武吉	請假
林代表敬修	林敬修	羅代表界山	羅界山
施代表皇仰	請假	龐代表一鳴	請假
徐代表邦賢	徐邦賢		

列席人員：

單位

衛生福利部

全民健康保險會

心理及口腔健康司

出席人員

蘇芸蒂

陳燕鈴、彭美瑩

張雍敏

中華民國牙醫師公會全國聯合會	蔡東螢、溫斯勇、柯懿娟、陳佩娟、 邵格蘊、潘佩筠
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
本署臺北業務組	李如芳、吳秀惠
本署北區業務組	蔡秀幸
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	王本仁、賴淑華、蔡佳倫
本署資訊組	姜義國
本署財務組	李佩耿
本署醫務管理組	陳玉敏、張溫溫、陳真慧、劉林義、 谷祖棣、洪于淇、李宜珊、林沁玫、 歐舒欣、林 蘭、宋兆喻、鄭正義、 黃曼青

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：歷次會議決議未解除管制事項辦理情形。

決定：

1. 請醫審及藥材組彙整各分區提供之抽審次數比率及指標對照表，併同會議紀錄提供代表參考。
2. 建議未來牙醫到宅醫療與西醫到宅醫療計劃要進行整合，初期請牙醫先參與現有西醫到宅醫療團隊，並請各分區業務組予以協助。
3. 有關提供分區各層級抽審比率資料及請全聯會於第四次會議提

案修訂牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表等二項繼續列管，其餘解除列管。

第二案

案由：牙醫門診總額執行概況報告。

決定：

1. 洽悉。
2. 各分區業務組若有辦理牙醫或西醫到宅醫療會議，請邀請當地縣市政府的照管中心參與；另請全聯會協助向照管中心說明，增進其對於到宅醫療之認識。

第三案

案由：105 年第 1 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	0.9677	0.9605
北區	1.0679	1.0549
中區	1.0069	1.0053
南區	1.0363	1.0336
高屏	0.9797	0.9803
東區	1.1430	1.1401
全區	0.9980	0.9981

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. 各總額部門各季之結算說明表，自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

第四案

案由：104 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

決定：洽悉。

第五案

案由：105 年度「連續假期看診時段登錄作業方式」

決定：

1. 洽悉，並請牙醫師公會全國聯合會協助宣導。
2. 本年度中秋連假之看診時段已預設比照一般固定時段，如有變動，請配合於9月9日前至本署 VPN 修改。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：衛生福利部函請本署於牙醫門診總額研商議事會議邀請心理及口腔健康司代表與會

決議：

1. 修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之牙醫門診總額出席代表規範如下：
 - (1) 增列主管機關管理政策單位代表（衛生福利部心理及口腔健康司）一名。
 - (2) 增訂台灣醫院協會代表，其所屬醫院需設置牙科。
2. 上述修訂自 106 年起實施，即自聘請下一任代表時適用。

第二案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」於支付標準新增牙醫專科轉診加成醫師資格闕值案

決議：支付通則中醫師資格之「專科」部分均以「分科」取代，另醫師資格修訂如附件 1，相關定義請全聯會與健保署確認後，依程序辦理後續事宜。

第三案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：新項目預算未執行完遭扣款及新增成長項目之預算分配方式
(本案全聯會撤案)

伍、散會：下午5時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件2。

支付標準新增牙醫專科轉診加成醫師資格修訂如下：

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報30%加成費用。

(一) 符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送健保署分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

1. 具中央衛生主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關證明之醫師。
2. 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師。
3. 以醫師為單位申報轉診範圍各科別醫令費用在 15 百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數 60 百分位(含)以上者(牙體復形除外)。

105年牙醫總額研商議事會議第3次會議實錄摘要

壹、主席致詞

主席 蔡副署長淑鈴

首先先介紹新的委員，北區分會的代表徐理事長啟東。會議現在正式開始，請各位代表確認第3頁到第6頁第2次會議的會議紀錄，如果沒有問題，我們會議紀錄就確認。

貳、報告事項

第一案 歷次會議決議未解除列管事項辦理情形

-項次二 提供104年各分區、各層級別抽審比率資料

主席 蔡副署長淑鈴

有關第2項的部分，請醫審及藥材組說明。

醫審及藥材組 王專委本仁

主席、各位先進大家好。關於第2項我們的評估跟大家報告，第一個有關於抽審率，這個的影響因素真的是非常的多，其實各區都有訂所謂的管理指標或抽審指標，符合一些指標很可能就會被要求要抽樣審查，如果你表現得還不錯，就不會被抽審。若是隨機抽樣，又有分論人隨機抽樣，就依照法規是十五分之一，論件隨機抽樣又跟申報件數的級距有關，比如說牙醫門診論件隨機1到1000件的抽樣率是十分之一，1001件以上的抽樣率是二十分之一，有些又是立意抽樣，影響的東西非常多，所以評估抽樣率不是一個 well defined 的概念，提供是有困難，而且沒有辦法比較，以上。

牙全會 溫斯勇醫師

報告主席，我想上次吳理事長跟牙全會提的意見，好像是要看院所被抽的比率，就是同一個分區這一家醫學中心總共被抽的分布是多少、每年會被抽幾次，而不是被抽的件數比率，因為台北區會有某些醫學中心牙科告訴我們他們常常被抽，那到底是只有他們被抽？還是所有的醫院都這樣子抽？有人一年要被抽10次、11次，那是不是真的其他都是被抽8、9次？抽8、9次跟抽10、11次大概不會覺得很奇怪，可是如果一家院所一直要被抽11、12次，可是有些醫院只抽2或3次，

那因為我們沒有這樣的資料，我們又很難去對我們的會員去服務。我想吳理事長那時候也是提這個概念，而不是要問說平均每一家醫院抽了多少件數，應該是要有抽、被抽的比例。

本署醫審及藥材組 王專委本仁

我們健保審查是多元化審查。每一家醫院或診所一定會被電腦審，換句話說，每家院所都會被審過。先進提的抽審應該是調病歷的那種審查，是委託牙醫師公會全聯會來辦。其實各區、各同儕都會定一些所謂的管理指標，這些管理指標怎麼定，就隱含著對應著你可能會被抽或不會被抽，建議在牙醫師公會全聯會這邊去審視原來同儕定的各種管理指標也好、抽審指標也好，在醫療上或同儕上所認為的合理性，而不是拘泥在一定要去算一個數字。

吳代表成才

因為健保的管理是滿複雜的一件事，這當中的病歷抽審占其中很重要的一個角色，當然抽審病歷也是很辛苦，都會想辦法來減量，所以提出一個叫做免審，就是在怎樣標準下就不用去審他，全國六分區都有各自的辦法。上次我只是提出來說，我們可以看一看看在這些辦法的運作下結果如何，因為我們還是希望得到一個公平、合理的遊戲規則，如果說有些院所一年抽一次，有些院所一年抽六次，沒有抽就等於有申報就有給付嘛，有抽就一定多少會被核刪嘛，所以我是認為把這些過去的歷史資料拿出來看一看，如果說大家覺得這個比例基本上還算合理，那目前的遊戲規則就是公平、合理，那如果不是這樣就拿出來檢討，所以今天說無法提供，我要問這個資料是已經拿到評估之後不方便公開？還是根本沒有去拿這個資料？

本署醫審及藥材組 王專委本仁

因為不是一個 well defined 的東西，例行管理作業、統計作業並沒有留這樣資訊，一個機構抽一次、抽兩次，但每次抽的量也不見得一樣，這不是很容易被定義清楚，再來各區同儕都有訂指標，那應該是用專業的力量回去看這些指標是不是 OK，有沒有要修正的地方。

吳代表成才

我們希望回頭解釋過去的結果，是拿不到嗎？還是說還沒有著手去拿這個資料？這個資料我是不曉得誰拿的到，只是我覺得這個會議的高度應該是拿的到。

陳代表瑞瑛(代理吳代表明彥)

據我知道台北區的醫學中心好幾家常常會被病歷審查，要抽審而且量非常的多，所以我不相信這個資料沒有，今天我們牙科的專業審查是由牙醫師公會全聯會辦，所以至少這個資料牙醫師公會全聯會應該有吧？你們各區都有各自負責的，那各區都拿出來看，針對抽審病歷的資料看看有沒有看起來不合理，或者是拿幾家醫院常常被抽的或抽的量非常大的來看，可以看看抽審合不合理，還有抽審的結果被核減很多，那表示這個醫院有問題，你們也可以去輔導啊，可是我知道有一段時間其實不是這樣，後來經過某個醫學中心去台北業務組反映、抗議後，最後有一點改善，現在還是不是這樣我不知道，不過我知道台北區真的有這個現象。

陳代表彥廷

其實牙醫師公會全聯會各分會會跟各區業務組研議一些送審指標，至於有那些院所有送審其實我們是不知道，也只有這些審查醫藥專家在審的當時知道，所以目前牙醫師公會全聯會沒有這些資料。那以往我們有拿到這些資料是由署這邊提供的，剛開始是透過各分會跟各業務組，請他們統計一下各業務組在各醫學中心抽了多少家、幾月抽了幾家、區域醫院跟基層統計出來，但是因為各業務組都講說沒有指示要提供，所以也不再統計這些資料。那我呼應羅代表跟陳代表他們的想法，其實我們在訂指標的時候都有些理想性，但是也有一些現實面我們沒有考慮到，或著說並沒有真正知道，一旦我們訂了這些標準，的確執行過後檢視需要有些 evidence，然後做檢討，所以如果署這邊可以的話，或者請各業務組，大概每個月有需要被送審的有哪幾家，統計層級跟最後核減率，我想各業務組討論抽送審指標的時候，就可以有很好的根據來說應該做什麼樣的調整。

本署醫審及藥材組 王專委本仁

全聯會如果覺得說這個東西有幫助，麻煩把分子與分母的定義、期間的定義等定義的清楚，我們再看看現存資料檔能不能符合你們的這些定義，如果照原來跟各分區講說每家醫院、每家診所其實每年都要抽一次，假設這個有落實的話，那至少每家一年都被抽一次。其實被抽病歷並不是罪惡，只是很自然的作業需要，像是在交通規則的地方設紅綠燈，有些地方交通流量大，甚至會增加交通

警察，至於核減率，有些統計數字並不是很好解讀，因為核減率是每一個機構別、個案去堆疊累積起來的，醫療是非常專業、非常特異性的，一個醫療到底ok與否，其實真的要回到每個個案去看，有些統計數據的使用可能要考量將來的解讀或使用上的限制。

黎代表達明

醫院牙科代表發言，我剛剛聽起來我們是要 evidence based，但醫審這邊要全聯會提供分子分母，聽起來好像是有很多不同的內容？健保局資料提供的時候有遇到困難？其實醫院的部分我們努力很多年，從分區會議開始到總局會議，我們從每月抽審稍微減少，說實在已經過了四年，我們完全沒有看到抽審數量相關資料，實際上我們期待了解四年前狀況跟現在之間的變化，這個變化對我們整體影響在哪裡？期待有些資料可以做參考、做討論，因為現在還是停在資料在、還是不在，好像有點怪。我不知道醫審這邊是否有很多個層級不同的調審、抽審方法，請先提供我們，我們再來挑，這樣就可以趕快把資料跑出來。

吳代表成才

我把定義講清楚，這家診所、醫院一整年裡面12個月抽一次，那就是數據，這家醫院他12個月抽三次，那就是十二分之三，在把醫學中心層級、區域醫院層級、地區醫院層級、基層診所層級算一算，另外，之前很多年前的印象，醫院牙科學會主任們在一起講話的時候，我們感受到抽審情況還是滿多的，但是我們沒有拿到具體資料，所以才會想說透過這個總額會議，拿到資料來進一步了解。

李代表明憲

有關這個資料我們有跟六分區談過，就分1、2、3、4各層級等級，1是醫學中心、2是區域醫院、3是地區醫院、4是基層診所，其實有跟總局拿到102年資料每層級被抽審機率，被抽過一次大概三成，被抽過兩次大概三成或兩成多，每個月被抽的比例也有，所以這個數據是有的，現在就是不知道診所。像台北分區是8家醫學中心會每個月抽抽3家，所以是醫學中心機率為什麼會大的原因，因為他們母體比較小，基層院所因為有2千多家，比例看是用論人歸戶還是論件來抽審，那時候我們有去六分區談判，貴局有提供，後來貴局是說不再提供

這個資料，因為真的是很複雜，要統合六分區的資料彙整後，總局這邊才會有，所以我們才會有統計四層級的資料。剛剛吳代表想要這個方面資料，那我想總局那邊應該會有，如果沒有，我們會把102年資料再由全聯會提供出來，每個分區有不一樣的審查辦法，台北分區醫學中心當然比例會比較高，但我們現在沒有每個院所的資料，被抽幾次比例我們大概有統計出來。

主席 蔡副署長淑鈴

本項決議辦理情形跟決議有點落差，辦理情形是說要有層級別或抽審比率的資料，醫審解讀成是數量，就是抽審件數的比例，現在釐清是不管什麼原因只要被抽，12個月當分母，被抽幾次當分子。

這個問題要回過頭來釐清為什麼要抽，也就是各分區的抽審指標是不是合理，如果被抽的太高，可能指標有修正空間，這是用果來論因，可是其實是要回到因，指標如果是合理的，那即便是抽的次數高也應該是對的，而不是一定要抽的比例一樣，即改到大家被抽的比例一樣。

我不知道大家談的是什麼，因為顯然數據提供之後，會有下一步的動作。如果要分區統計去年一整年不同層級12個月各醫院究竟被抽幾次，當然是可以統計，但這樣的資料只是告訴你次數，次數代表什麼？可不可以釐清問題？

吳代表成才

我想各分區在訂免審機制的時候，基本還是會用一些檔案分析來看看符合哪些指標就免審，超越某些指標就要審。但醫院牙科跟基層診所執業的內容還是有相當大的差異性，如果用檔案分析得到的數據來做控管的話，有時候某些部分是合理的，某些部分會失真。牙醫總額90%都是基層在做，所以全部的指標幾乎等於是基層院所的指標，醫院的指標會跟這個有很大的差異性，我知道這個東西是不容易的，設定一些指標去 run 我們認同，但是我認為說 run 出來的結果，我們會看一看 run 的這個結果怎樣，如果平均一年就是抽兩次，那麼發現為什麼醫院都抽四次？是不是要檢討？現在只不過要拿粗糙的數據，因為就比較不費工夫，簡單就可以得到，有沒有產生過去發生的事情，上個月哪幾家有抽、哪幾家沒抽，各分局都很清楚，如果解釋的結果就差不多，那很好，如果結果奇怪，懷疑還有點道理，進一步再檢討也沒關係。

主席 蔡副署長淑鈴

吳代表你要的只是醫院的部分嗎？全部的話，絕對不是人工可以統計的，一定

要電腦算。分局有現成的各家醫院到各診所資料嗎？

本署台北業務組 李如芳視察

可以算得出來。

主席 蔡副署長淑鈴

北區可以嗎？

本署北區業務組 蔡秀幸視察

要去統計。

主席 蔡副署長淑鈴

多久可以出來？

本署北區業務組 蔡秀幸視察

應該回去就可以算了。

主席 蔡副署長淑鈴

南區、高屏都可以？好，如果這麼粗糙的資料有幫助，請各分區業務組一個禮拜內提供給醫審組。

本署醫審及藥材組 王專委本仁

醫審及藥材組 ok。

主席 蔡副署長淑鈴

請彙整後就併會議記錄一起寄送給所有代表，另建議對於各分區的抽審指標應該要列表出來看一看，有助於與所得數據做對照，那可能麻煩主委是不是也整理出來，因為抽審指標在你們那裡。

陳代表彥廷

我參加台北的共管會議，發現其實滿好的，有把每個項次的抽審指標納進來的有多少個，有一起檢討，所以共管會議其實都有這些實際檢討，機制非常完整。

主席 蔡副署長淑鈴

請分區業務組提供去年的抽審指標及抽審數據，一個禮拜之內提供給醫審小組，醫管組連同會議記錄轉給各委員，再看看下一步要怎麼處理，這個案子就討論到這裡。

其他部分大家是不是同意？這樣的話，第二項就繼續列管。第四項我們等會兒討論，那就第二項及第五項繼續列管，這樣大家有沒有意見？若沒有，牙科到宅醫療要先報告。

一項次三 牙全會到宅醫療報告

主席 蔡副署長淑鈴

羅醫師做的報告是我們剛剛追蹤的第三項到宅醫療的進展，請問各位代表對於這份報告有沒有什麼意見？

林代表惠芳

最後講需求不高，可是在我們的族群裡面感受到的是相反的，我看到歷年執行牙醫到宅的大概都集中在台北，中區只有一家院所，南區一家、高屏一家診所。我們有沒有考慮過其實這些執行院所集中在台北，台北反而是就醫便利，只是說我們要克服因為交通，或克服因為他有困難出來的這個部分，其實台北的資源是比較容易達到的，反而是在其他地區，有可能就醫便利性、取得資源的問題會更高，有沒有可能在其他區域鼓勵更多的院所執行？

前兩天剛好黃醫師去台東大武做到宅醫療，因為聖母醫院有病患需要但出不來，沒有人願意去，後來黃醫師是開車從台北開到台東大武去幫我們看這個病人，其實很讓我們感動，也看到其實有非常多需要是在偏鄉或是更遠的地方，有可能因為他的認知功能或者他的照顧者沒有辦法有能力帶他出來就醫。我在想到到底是需求問題，還是供給導致這樣的需求，其實是一體兩面。

那我要先謝謝牙醫師公會全聯會，我們去年在台東辦親子運動大會的時候，全聯會幫我們出了一台診療車，在我們的會場兩天，其實我們算過，去使用、去利用的牙科診療車的朋友超過七、八百人次。所以從我們的角度來看，其實有非常多的對象是需要的，過去幾年我們真的很感謝牙醫師公會全聯會的支持。我不覺得說要很快去斷定是因為沒有需要就考慮不做，反而是要如何鼓勵在醫療資源比較困難的地方或就醫比較困難的地區，會不會是我們執行院所比較集中在台北，所以造成需要性不高，如果要鼓勵在外縣市要有這樣服務的話，關鍵問題會是在哪裡？包括可攜式的器具，將來如果牙醫師公會來配置，那是不是會讓地區的牙醫師比較願意來投入？另外給付已不是問題，就是人力的訓練，對於這些特殊需求者的訓練是不是有必要再加強？

羅代表界山

醫師資源的部分，畢竟都會區是比較充足的，偏遠地區的醫師資源是比較不夠的，所以初期還是以都會區的醫師到比較偏遠的地區，希望用這種拋磚引玉的方式帶動偏遠地區的醫師一起來加入這個計畫。

再來是對口的問題，因為有些病患如果有需求的話，會透過縣市公會或縣市政府他們到全聯會這邊，我們會看就近有哪些醫師，但是如果對口沒有到我們這邊來，像剛剛林委員講到台東的事情，我也是從臉書才看到的，訊息沒有到我們全聯會這邊的話，坦白講我們真的是不太清楚。

陳代表彥廷

其實我們上次有去中區的老人之家，有跟局長討論到這件事，也有想過他們照管中心可不可以轉介 case，不過事實上我們目前為止沒有接收到這些 case，所以我們問題在幾個部分：第一個，其實我們目前在身障、特殊需求計劃，必須要符合特殊需求以及到宅相關的要件，所以跟一般醫科的到宅醫療其實不盡相同。第二個，其實也沒有限制各地哪些醫師不能參加，那我們事實上把資格放鬆，願意做這些的醫師如果有適當的個案也是會做。最後一點，我們的確沒有接觸到這些個案，我們知道 need 很高，但是我們沒有接到 demand，因為窗口在這邊，可是如果是個別聯絡，也沒有申報到這個體系裡面來，那他就不會出現在我們 provider 這邊提供的數字。所以我們很希望應該要有些對口，這些對口應該是這個體系內的對口，不然就像路竹會、人醫會那樣的醫療，有做了很多但不會呈現在我們這個體系裡面。

季代表麟揚

我很擔心未來這個需求想像中是滿大的，一旦管道暢通之後，整個量應該會呈倍數成長，但我們也知道說樣的醫療模式其實大部分牙醫前輩們是不太熟悉的，離開我們熟悉的醫療院所到病患家裡，病患家裡是各式各樣的或著比較偏遠，或者病情也是各式各樣的，總是身上有各種疾病讓他不方便。舉個例子來說，他會不會有 TB？他的配合度、意識清不清楚，那叫他張口是不是就能維持著張口，還是一口就咬下來了？那我們是簡單幫他洗個牙，反射就是太強，可能就會造成所謂吸入性的肺炎，那之後會不會被告？一片好心的牙醫師最後被告，最後就算可以全身而退也是很傷心。所以我覺得在規劃這些事情的時候，應該要為這些很有熱忱的牙醫師們去做好相關配套，讓他們可以很放心的提供這方面的服務。

羅代表界山

季老師剛剛講的完全講到我心裡面的痛處。病人是各式各樣的，所以事前訪視、事前評估是非常重要的。但外界他們就認為我們設置這個訪視就是阻礙他們就醫

的治療權，所以我們一直被攻擊說用很多行政流程阻礙他們，有病人就去做就好了，為什麼還要先看一下？今天不是只有考慮到病人，醫師治療的方便性，第一個你要先站在病人端幫他想，不要今天就只是熱心想要去做，做出來問題更多。

林代表惠芳

那如果是這樣子，整合到西醫到宅治療的計畫一起來執行，會不會減少剛剛羅醫師講的這些風險？

陳代表彥廷

我跟部分有執行但沒有申報的醫師有談過，也許第一次也許要完整的評估，那就要有一個完整的治療計畫，可能不一定要在一次、兩次內做完，也許治療上要多幾次，我們也允許這樣的機制出現。所以，這些行政上的障礙是不得不做的，因為同時要做一些風險評估，還有你要準備什麼樣的東西。假設他今天是很容易被嗆到，那你的 suction 是不是要夠強？還是說你只能用一些手的器械來刮，而不能用水。所以我覺得事前評估一定要有的，這些事情大家不要覺得麻煩，反而是對醫療品質是好的幫助。

主席 蔡副署長淑鈴

這裡有提出幾個困難因應，第一項、第二項請心口司回答。

心理及口腔健康司 張副司長雍敏

第一項是醫事司權責，心口司是第二項，我就回應兩點。那些攜帶式醫療設備租借有困難的話，我想先提出聲明，就是這些經費是來自於醫發基金，大家都知道醫發基金只能補助醫院，其實我們都跟示範中心講過，衛福部補助的設備，要借給各縣市牙醫師公會、醫療團及相關醫療院所，比如說雙和醫院我們有補助兩套，那北醫附設醫院或是耕莘醫院需要的話，應該要借給人家。租借時到底有什麼問題，是否請牙醫師公會全聯會跟我們說一些具體的事情，我們會納入往後訂定合約、一些約束的參考。第二點，其實我們也知道真正要嘉惠到各公會要用公務預算去補助，因為醫發基金只能補助醫院，真正要落實補助到各縣市公會就是要公務預算，可是106年預算只有牙齒塗氟，補助縣市公會目前真的有困難，我想是不是107年大家再共同努力？以上回應。

主席 蔡副署長淑鈴

有關困難與因應方式第一項，目前西醫到宅醫療是不用事先報備，牙醫師的部分是不適用嗎？

本署醫務管理組 陳副組長玉敏

醫事司在4月12日的解釋，是以醫師法第八條之二的所稱的「應邀出診」，就其解釋全民健康保險居家醫療照護整合計畫，在「到病人住處執行治療業務」得視為符合第八條之二的應邀出診，不須事前報備。但是，對於其他牙醫的在宅醫療、其他的居家照護是不是一樣適用這個法條，沒有明講，所以各衛生局解釋不一，我們在近期將發文請醫事司就這個部分去做解釋。另外，第二個只有醫師的部分不用報備，但是其他的醫事人員要不要報備，這個解釋文也沒有提到，所以我們一併去請示醫事司，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

因為現在沒有牙醫師法，但醫師法應該包含牙醫師，所以理論上這個解釋應該含牙醫師，但心口司知不知道這件事情？

心理及口腔健康司 張副司長雍敏

不清楚。

主席 蔡副署長淑鈴

這個公文只適用西醫師，需要再釐清。如果沒有牙醫師法，醫師法應該適用於牙醫師。所以醫師到宅醫療到底要不要報備？在沒有牙醫師法前，理論上就應該含牙醫師，這個部分現在已經行文給衛福部，其實到宅醫療在牙醫就是牙醫師去，西醫就會有很多人去，包括PT、OT或者是護士，甚至以後藥師等等，除醫師外現在都還須報備。未來若鬆綁到宅醫療的報備程序，會儘速通知，西醫師部分已經透過分區業務組去通知。攜帶式醫療設備部分，要麻煩心口司再看看，有些院所是自備，有些是租借，目前每次論次案件的給付已經提高，也隱含這部分設備的成本。另外，我要請教投影片第11張，現在有參加的院所就是這幾家？有申報還是有參加？

陳代表彥廷

有申報的。

主席 蔡副署長淑鈴

因為理論上資格一直放寬，所以有參加的醫師會更多，現在是這幾家有在做，

或也許是沒有需求出現，故有登記想去但沒有去。應該是要看到各區願意去的醫師有多少，這部分今天沒有呈現。

羅代表界山

這部分我寫的就是實際上有執行、有申報。但是有些院所他沒有報或不能報。

主席 蔡副署長淑鈴

為什麼不能報？

羅代表界山

資格不符。

主席 蔡副署長淑鈴

應該呈現資格符合又願意去的醫師數量分布情形較為公平，理論上同仁也應該關心這個部分，所以這點我們要記錄下來，最好是能夠各區都有資格又有意願去的醫師 stand by。

另外，我建議牙醫的到宅醫療要跟西醫到宅醫療要整合，牙醫應該 join 到西醫到宅醫療團隊。因為西醫師去看病人，若經評估該病人牙齒有問題，下一次團隊內的牙醫師就要去。因為病人會躺在家裡，西醫問題都是共病多的，牙醫若未經整合，就要承擔很多的風險，就算是一次訪視，也不盡然了解。

事實上到宅醫療病人應該要有一本病歷是共用的才合理。雖然是兩個總額，但整個概念不應該是兩個獨立系統，服務一定要整合，像市聯居家醫療團隊經過評估某個病人口腔有問題需要解決，也會有牙醫師去，有沒有可能做這樣的整合？

羅代表界山

報告主席，今天終於弄懂您的意思了。因為我之前一直以為你們建議的是我們到診的對象跟西醫的居家整合是一樣的，我覺得這是可以的，跟西醫到宅整合，如果他們覺得有牙科需求 pass 給我們，我們就跟他整合。

主席 蔡副署長淑鈴

這是第一步。牙醫要先 join 西醫的團隊，譬如說很多醫院都有提供西醫到宅醫療團隊，且遍布台灣各地，那你們應該就近參加某個團隊，當然最好的方式是每團隊都有牙醫師，如果一開始沒辦法做到就先互相轉介，因為現在看起來可能有熱忱的醫師但沒有管道，可是西醫團隊沒有牙醫師加入，也不會發現牙醫問題要找牙醫師，所以醫管組這邊把西醫團隊名單給全聯會。

其次，應設法找兩邊一起來開會，看能否媒合牙醫師加入團隊，呈現以個案為中心、以病人為中心的整合醫療或是全人醫療的在宅醫療。至於兩個總額，牙醫師有去就申報牙醫總額，應該互為不衝突。

報告中的執行困難第三至七項這都已經解決，執行醫師部分全聯會要盤點，資格部分要跟西醫交流，法規部分我們會儘快釐清，設備部分初步就自行準備。這部分還有沒有其他問題？

連代表新傑

我想剛剛主席有提到一個非常好的意見，有個共同病歷的部分，那現在西醫訪查完，醫院的部分大概都是有雲端病歷，不只是藥歷，還包括檢驗東西都有，如果是這樣，假設這個個案西醫已經去過了，有些資料在那邊，牙科要去之前若有管道可以先查詢病患西醫的資料，這對我們幫助很大，這是一個很好的方向可以去研發的。

主席 蔡副署長淑鈴

西醫團隊本來是設計要帶 IC 卡去且要有讀卡機插卡，病人同意資料就可以查詢雲端，現在有反映讀卡機很重、PC 很重等問題，我們也想簡化，如果個案同意，應該事前就取得他的雲端資料，牙醫師也是要看雲端資料才知道個案有什麼問題。事實上我認為加入西醫團隊還有更好的是上回合醫師看到狀況，可以再跟你做交接，也會比較安全。這是跨團隊、跨醫別或是跨醫療專業的合作，不能永遠因為總額的關係牙醫獨立在外、各自處理，對病人來講是不應該被分割的。

本署醫務管理組 陳副組長玉敏

有關西醫的居家醫療，現在是使用書面，會保留一份記錄在案家，目前正在規畫希望電子化，有去訪視的不同醫事人員或不同的團體可以交流，討論可以邀請牙醫師代表一起討論。

主席 蔡副署長淑鈴

分區業務組會後想辦法安排或協助轄區團隊跟願意做居家醫療的牙醫師就近找到團隊，應該可以扮演很好的助力，盡快促成後把成果在下次會議呈現出來。

第二案 牙醫門診總額執行概況報告

朱代表日僑

第25張投影片，因為長期看到19、20的失能老人到宅醫療服務的論量，還有失能老人特定需求醫療服務的論量，這部分都是零，有沒有辦法突破？怎麼樣讓有意願、有服務能量提供的區或該醫師能夠找到該地區的照專或照管中心，一個是清單或聯絡窗口提供給地方照管中心，不管是運用行政機制或公會平台等多元管道，讓地方照專或照管中心發現個案能 refer。

心口司已經有提供設備補助院所，醫院端如果有補助這些設備卻還沒提供服務，或者還沒有找到有意願服務的醫師，乃至於這個設備沒有辦法使用，就會產生現階段設備使用率的問題。我認為在這個政策思維上必須考慮怎麼結合，不管是西醫團隊或有補助的機構連結與整合，在啟動媒合時，建議相關的問題也可以試著一併解決。

翁代表德育

投影片第10張裡面105年第2季，台北市值是1566，成長率是1.5%，但翻過來投影片第12張台北的就醫人數，第二欄值是1539，成長-5.4%。

主席 蔡副署長淑鈴

醫管組請說明。

本署醫務管理組 劉科長林義

會後再查對資料。

牙全會 溫斯勇醫師

-5.4%好像是第一季的。

主席 蔡副署長淑鈴

數據可能有問題，還有沒有其他問題？

陳代表彥廷

關於到宅，其實全聯會有行文過各照管中心，也告知可以跟我們連繫，大概每隔一段時間就提醒一次，即便做了這些就是沒有回應，所以不知道有口腔醫療的需求，我們有 list 給他們個別去打電話，公會來統籌會比較容易，不然會打了好幾通電話都被拒絕。設備部分，因為沒有需求就沒有設備，當這個需求出現就有部分的人會想辦法去買這些設備，季代表有提到的這些風險在教育課程裡面都有，我相信有去做的人也都知道有哪些需要注意，這種東西就是做得

越多需求就越高。

林代表惠芳

照管中心對於之前資源的認識跟了解，醫療一直都不是第一優先考量。我是一個身心障礙專科社工師，若不是參與健保會，沒辦法清楚知道每個計劃在執行些什麼，這個執行對於民眾助益是什麼。如果只是公文文字，頂多知道是個到宅醫療服務，但是這個醫療服務可以做到什麼，可以解決什麼問題，沒有參加健保會不可能知道這個內容，這是一般資源管理中心可能會遇到的狀況。

我們跟照管中心、個管中心不斷做宣導，不能眼光狹隘的看到以前認為的居家照顧、熟悉的日間照顧，對於健康預防保健，甚至治療，卻沒有關注，我覺得這是資源建聯過程必然需要經歷，要如何傳達更多的訊息讓照管中心、個管中心，甚至很多身心障礙者社區資源中心真的認識每個計畫內容，有需求時比較會判斷。所以拉近資源之間的聯繫，讓彼此可以知道提供的服務是有助於未來服務建聯，轉介才有可能成功。

所以一開始不能只有發公文，還是要做很多宣導、專業之間的對話，就像今年的會員大會就請雙和醫院的林醫師來介紹特殊牙科、在宅醫療，才想到原來全癱癱在家裡的人可以用這個服務。

主席 蔡副署長淑鈴

有關增進照管中心對於在宅醫療的了解，分區業務組若有辦理在宅醫療的會議，就邀請當地縣市政府的照管中心，不管是牙科或西醫的到宅醫療。這個部分除數據要檢討，其他就洽悉。

第三案 105年第1季牙醫門診總額點值結算報告

主席 蔡副署長淑鈴

大家有沒有問題？沒有問題的話，點值結算就洽悉。

第四案 104年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

主席 蔡副署長淑鈴

有關品質保證保留款核發結果請各位代表看78頁到81頁，共有71%的人拿到品質保證保留款，28%的人沒有。品質保證保留款的分布就請看表3，全部拿到的只有1.8%，76-96%有20.3%，大家有沒有問題？

徐代表邦賢

包括表3或表6不符合全部指標的院所數是有包含通則及沒有做到一些專業指標，比如說通則只要一整年內沒有完成暫付的，或是有重新開業的，一整年的通通都領不到，所以不符合裡面包含很多因素，不是只有沒達到專業指標而已。

翁代表德育

我是想請大家看到第80頁表7，其實計算這些東西真的非常非常繁瑣，沒多少錢，但也因為繁瑣，所以帶給我們很多資訊。那醫院代表想看些指標的問題，在表7裡面那十幾個指標其實就蘊含了醫院、基層院所的占率，事實上署本每一年、每一次品質保證保留款都是有這樣的方式，很多指標是可以參考的，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

還有沒有意見？如果沒有意見就洽悉。

第五案 105年度「連續假期看診時段登錄作業方式」

主席 蔡副署長淑鈴

各位代表看85頁這個畫面，上 internet 看會有固定看診時段及長假看診時段。以前做法是固定看診時段一直有維護，你們也自行維護，但是長假時就會空白，大家就要自己去填，今年作法是長假看診時段就把上面固定看診時段拉到下面，預設一樣，如果不一樣就要進來改，這樣跟原本空白要逐項去填，改的動作比較少。如果你想休息但沒有進來改，這些資料就會上傳到 internet 還有 APP，大家會以為你有開診。這次中秋假期有4天，如果一切照常，就可以不要理會，那請全聯會在9月9日以前通知會員進來改班表，確保這個假期病人知道開診時段。大家有沒有意見？

陳代表建志

我覺得這個立意甚佳，但是從另外一個角度我們要推廣會員去使用這個的時候，健保署是不是能告訴我們民眾使用率。

主席 蔡副署長淑鈴

現在下載 APP 的人數很多，當然是需要看病時才會進去查詢，其實大家也可以下載，到 APP store 打全民健康保險行動快易通，立刻免費下載，就可以知道

你改了看診時段後 APP 有沒有改，而且這裡頭會員還可查到支付標準表，還有其他健保相關規定。

牙全會 蔡東螢醫師

我們在民眾就診資訊裡面有把 APP 放上去，而且把下載路徑併存，所以患者只要把 APP 的 QR code 一掃就進去了。

主席 蔡副署長淑鈴

有沒有宣導病人來看病的時候順便下載 APP？應該病人來就問他有沒有下載 APP，下次來看牙時可以順便看看有沒有開診，相關更改長假期間看診資訊要麻煩全聯會回去用 e-mail 轉知。

參、討論事項

第一案 衛生福利部函請本署於牙醫門診總額研商議事會議邀請心理及口腔健康司代表與會。

主席 蔡副署長淑鈴

本部心口司來函希望參加本會議，中醫研商議事會議有邀請中醫藥司，所以牙醫也應該邀請心口司，各位代表有沒有其他意見？沒有，那就通過，下一次會議正式邀請心口司。

陳代表建志

代表如下第二個的台灣醫院協會代表四名，我不知道其他研商議事會議有沒有邀請牙科去？是不是可以給醫院裡面有牙科的人來參與會比較好？

陳代表瑞瑛(代理吳代表明彥)

醫院協會本身有一名，各層級各一名，因為有醫學中心、區域醫院及地區醫院，像這位就是醫學中心，那我們吳代表是區域，那地區醫院代表是謝武吉代表。

本署醫務管理組 張專委溫溫

因為醫院總額沒有含牙醫，牙醫總額裡面有含醫院，所以牙醫總額代表有醫院，中醫也有同樣的情形，醫院裡面也有中醫的部分，中醫總額也有醫院，。

主席 蔡副署長淑鈴

所以醫院總額沒有牙醫代表，因醫院總額沒有牙醫服務，牙醫服務算在牙醫總

額。那 IDS 牙醫服務算在醫院總額？

本署醫務管理組 張專委温温

住院牙醫還是在醫院總額範圍，這邊所講的是牙醫門診總額。

主席 蔡副署長淑鈴

IDS 呢？

本署醫務管理組 張專委温温

IDS 在其他部門。

主席 蔡副署長淑鈴

那這邊要附註，醫院協會代表四名限該醫院有牙科，但下一屆再適用，第一案就討論到這裡。

第二案 「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」於支付標準新增牙醫專科轉診加成醫師資格閾值案。

主席 蔡副署長淑鈴

有關轉診加成作業要點修正，請看第95頁，上次會議是對於轉診醫師資格部分有保留，這次修正全聯會有要補充嗎？

牙全會 蔡東螢醫師

上次針對牙醫師專科轉診作業要點有兩種資格可以加入這個計畫，第一種專科協會相關證書上次會議已經通過了，上次未達成共識的是今天要討論的專科醫師，請看第95頁的第三點括號一的醫師資格部分，第一行就是剛剛講的有專科證書就可以加入轉診，第二行就是我們今天要討論的，以醫師為單位申報轉診範圍各專科別醫令費用在15%以上者，就是排除一些極小值會影響到我們的數值，比如說一個醫師一年只做六次 Endo，那總件數只有10件，就達到百分之六十了，排除這個極小值的爭議。

我們就設一個門檻，就是在全國專科醫令費用在15%上的才列入計算，可以排除掉一些不必要的統計學上的誤差。再來，通過這個門檻後，第二個邏輯就是其專科點數或件數占總申報點數或件數60%以上者，排除牙體復形科，如果通過這兩個條件，每年就由健保署產製名單，全聯會來通知牙醫可來申報轉診醫

師加成。

另外，醫師資格第三點多增加全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，這以前沒有，因為在特殊需求裡面也有轉診，有加成的制度，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

補充資料請再說明。

牙全會 蔡東螢醫師

請看依照邏輯跑出來的103年跟104年資料，103年的 Endo 符合資格的有146位，牙周有13位，口外有182位，兒牙有253位，104年符合資格的 Endo 有152位，牙周有7位，口外有196位，兒牙有265位。牙周病科人數偏少，建議牙周統合照護也列入計算，可以彌補牙周病專科醫師的不足。兒牙的邏輯比較特殊是定義為12歲以下，經轉診得處理上述項目申報加成，所以跟健保署這邊計算有點出入，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

104年265位兒牙是合格的牙醫師人數，指的是第95頁的第二個指標，其實第二個指標人數是比較少的，第一個指標人數就比較多吧？

牙全會 蔡東螢醫師

這兩個有 overlapping。

主席 蔡副署長淑鈴

但是比較大的是第一個指標？

牙全會 蔡東螢醫師

對。

主席 蔡副署長淑鈴

第一個指標的人數呈現在哪裡？

牙全會 蔡東螢醫師

第一個指標的人數沒有列出來，如果用這一次15%以上然後占六成的，這個目前在全國申報只有十幾位，有醫師資格的只有十幾位，所以是非常少的。如果

用這樣跑出來的數量就會比較多，但是還是跟第一個醫學會相關證書的要扣掉，其實並沒有那麼多，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

應該要去了解第二個指標跟第一個指標有計算那些特殊專科醫師，扣掉 Overlapping 就是整個名單。那這些名單應該各區各縣市都有分布？

牙全會 蔡東螢醫師

表格有呈現分區分布，各縣市不一定。

主席 蔡副署長淑鈴

第一個指標是專科證書的人數，那才是最多的。其實 Overlapping 後的聯集，才是你的轉診醫師，對不對？

牙全會 蔡東螢醫師

對。

主席 蔡副署長淑鈴

這些轉診醫師應該是各縣市都有。

牙全會 蔡東螢醫師

幾乎都有。

主席 蔡副署長淑鈴

理論上這些個別醫師資訊應該是要公開，不是只有牙醫師之間知道而已，連病人也要公開。

牙全會 蔡東螢醫師

目前還是要報備全聯會，核准之後才可以進入這個轉診加成，目前是沒有公開。

主席 蔡副署長淑鈴

至少要上網公開吧？甚至要在我們 APP 寫入吧？不然民眾也不知道啊。

陳代表彥廷

這個是在牙醫師手冊有，但是民眾是不知道。

主席 蔡副署長淑鈴

我覺得民眾端要知道，有四個專業，根管、牙周、口外、兒牙，民眾可能要透過轉診才會去找到，也可以直接去找這個醫生。

牙全會 蔡東螢醫師

如果他直接去看就沒有轉診加成。

主席 蔡副署長淑鈴

別人轉給你加成，但如果我的小孩就是要看兒童牙醫，就要去找兒牙專長的醫師，我也要知道資訊。因為篩這個有個道理，至少這些醫師是 Qualify 的，而且一直有在做，有些人是拿了 license 卻沒有在做，有需求的病人至少可以去找這些醫生。

陳代表彥廷

那我們把這些醫生建置在 VPN 裡面。

主席 蔡副署長淑鈴

這個程序要經過你們是要過濾什麼？

牙全會 蔡東螢醫師

要過濾他符不符合資格。

主席 蔡副署長淑鈴

不是已經篩出來了，為什麼還要過濾與報備？

牙全會 蔡東螢醫師

之前的制度是要審核他的專科醫師學會是不是符合我們的要求。

主席 蔡副署長淑鈴

有你們認定的跟不認定的專科學會？

牙全會 蔡東螢醫師

對，醫師專科醫師證書的核發我們還是會把關。再來，有占60%的專科有來申請的這幾個，有這個用量但沒有來申請專科的，所以人很少，現在把這個開放，讓民眾就醫的需求獲得滿足，就會增加很多，看署要不要直接開放或怎麼樣。如果要直接開放，這些診所是不是符合轉診加成作業要點，我想這些細節還要

再跟醫管組這邊再討論，不然這裡加起來約五百家，假設轉診的有三成，費用也是非常可觀。

主席 蔡副署長淑鈴

現在轉診的人很少。

牙全會 蔡東螢醫師

可是細節還要再跟醫管組這邊再溝通。

主席 蔡副署長淑鈴

為了品質，必要的轉診還是要做，資訊還是要公開。

蔣代表維凡

我本身是口腔外科醫師，針對這個議案有兩個意見，第一個就是專科這個名詞適不適合在這邊用，以往是醫師拿到專科證書來做轉診作為一個依據，但現在很好，是以申報量、處置內容，如果說處置多的話，事實上他的技術也是受信賴，也可以比照專科醫師來做轉診加成的作業，那事實上當然樂觀其成，不過針對專科兩個字，特別是口腔外科是部定專科，會比較在意，因為以前就有發生類似的醫師是沒有拿到部的專科證書卻號稱他是專科醫師，所以這個如果是解套了，還是要用專科這兩個字，事實上到時候口腔外科協會一定會有些疑義，我覺得專科兩個字要再調整，我們如果就這樣定下去，可能會違反專科醫師法。

陳代表彥廷

蔣代表講的對，用任何專科的 term 都違反現在的醫師法，我同意可以修改。比如說，牙科門診專科加上分科醫師親自執行。

主席 蔡副署長淑鈴

改作業要點的名字嗎？

陳代表彥廷

對。那醫師資格裡面，目前是部定專科的部分用分科來代替專科的稱呼，因為在我們全聯會是有一個類似的委員會，分科審議委員會，目前的牙髓病、牙周病或兒童牙科這部分專門的醫師能提供這樣的服務，雖然我們內部目前還沒有一致的共識。所以我再敘述一下，國字三的牙科門診專科後面在加上分科醫師親自執行轉診個案，然後醫師資格的部分，阿拉伯數字一的第二行牙體復形各

分科學會相關證明之醫師，所以我們這邊是用分科學會。然後轉診範圍各專科別醫令費用，這時候就是分科別或科別就好，然後其科別點數或件數占總申報點數或件數。我想蔣代表就不會質疑這個 term 了。

主席 蔡副署長淑鈴

所以要改95頁的通則，國字三改成牙科門診專科分科醫師，阿拉伯數字一的第二行分科學會專科證明之醫師，還有第三行轉診範圍各科別醫令費用在15百分位以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數，括號二轉診範圍限專科改為科別。

不過，我建議這個文字順序很亂，醫師資格可不可以改成：「醫師資格(符合下列各項條件之一)，第一是具中央衛生主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關證明之醫師，第二是，以醫師為單位申報轉診範圍各科別醫令費用在15百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數60百分位(含)以上者(牙體復形除外)，第三是全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師。」，就是只要符合這三種之一就是轉診醫師，然後「符合資格者得檢附相關資料…」就是最後一段來說明這個程序就好。大家有沒有意見？

陳代表瑞瑛(代理吳代表明彥)

申請書要不要改？

主席 蔡副署長淑鈴

申請書也要改。案由的轉診作業要點已經取消，放到我們的支付通則裡面。

蔣代表維凡

針對專科這兩個字不要出現，因為擔心以往真的有不是口腔外科取得證書的牙醫師在外面號稱他都在做專科，說他是口腔顎面外科專科醫師，當然違反專科醫師法，我想也是減少未來有牙醫師誤用這個名詞來招致不必要的困擾。我想把專科改掉也是能避免我們牙醫師誤觸這個名詞的陷阱，同意，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

所以改成分科轉診，申請書也是照著改。

本署醫務管理組 張專委温温

這裡講的是醫師資格，可是從你們的申請書備註看起來還是跟醫院掛在一起，因為我們本來想法是原則上 by 醫師，可是你們申請書的備註如果卡醫院的話，資格還是會受到影響。我們本來想法是說如果資料從我們這邊跑出一年的資料提供給你們，你們再給我們符合的，那我們就直接公告，這樣是最單純。那如果你們報備還要考慮院所，還寫到說醫師有不同院所核備又不行。依照這個申請書來看，不是只講醫師資格，連院所都卡，跟我們原意不一樣。

牙全會 蔡東螢醫師

因為這個會影響到申報，全聯會審核之後要送業務組，同意之後才能申報轉診加成，那他在哪個院所服務當然是要讓業務組知道，以前的程序是這樣。那現在全聯會這邊還是可以幫健保署這邊把關，看他符不符合資格，那第二個條件署覺得只要跑出來就好了，或者需要我們全聯會再把關一次，資料看過之後，署覺得可以的話就可以直接公告，而且六分區業務組也要知道這些醫師是符合轉診加成資格，所以他沒有填的話，那我們跟健保署通報這些醫師符合，如果你們跑的資料是這樣的話，那我不知道你們會不會通知全國六分區業務組，這些醫師要給他們專科轉診的條件。那這些醫師比如說跑出來十幾個，那他提出申請，我們也相信就轉給各分區業務組，那就讓他報三成的轉診加成，所以他執業的場所還是會影響申報專科轉診的費用。

主席 蔡副署長淑鈴

所以是以醫師為單位，綁定醫師 ID 才可申報轉診加成，不然程序太複雜了。

牙全會 温斯勇醫師

因為剛剛提到要把這些有符合的醫師名單都公布到網站上，那可能會牽涉到醫師有沒有意願要做這件事，因為是專科醫師不一定從事健保的服務，搞不好他根本沒健保合約，可是他會有在專科醫師的名單，他有沒有合約我們全聯會不知道，只有辦法從專科學會給我們的名單，剛剛聽起來好像要我們把名單轉給署本部這裡，署本部再加上計算出來的這些，同時就直接公告到網路上。那全聯會就會有道德風險，直接把資料給你們，並沒有經過他們同意要公告，因為被公告他們就會被人家知道、會去找他，可是他本來不會在健保署資料裡面找到，因為不是健保特約的，人家從健保署資料看到你這家牙科診所，結果你說

沒有看健保，那我不知道到時候是全聯會被罵，還是健保署被罵？

主席 蔡副署長淑鈴

公告之前還是要比對。

本署醫務管理組 張專委溫溫

我覺得那不是問題，我們會先比對他在哪個院所，因為一定要有這個醫師，一定要知道在哪个院所執業，可能還要有電話、地址，這樣才找的到，只是最大的問題是現在是認醫師，我覺得不要再去卡醫院，建議是用醫師來做為認定資格。

本署中區業務組 林淑惠視察

現行作業是以院所加醫師去認定是否可轉診加成，如果僅 by 醫師的話，可能程式要修改。

主席 蔡副署長淑鈴

未來就配合修改程式。這個精神本來就是跟著醫師走，而且我們還是會再比對是不是特約院所，才會公布，不是就自動拿掉。

本署醫務管理組 張專委溫溫

我們會把怎麼計算15百分位、60百分位是用什麼邏輯，我們會在這裡面寫清楚，避免後續一些困擾。

牙全會 溫斯勇醫師

我們醫管室主任有提到牙周病科要加入 P4001C-P4003C，可不可以確認？因為牙周病科那個章節並沒有包含 P4001C-P4003C，那 P4001C-P4003C 是牙周病統合計畫的，但這裡面人數比較少，結果這些沒有計算在裡面，反而沒辦法達到60%。

本署醫務管理組 張專委溫溫

應該要納入才合理。

牙全會 溫斯勇醫師

是不是可以確認納入？

本署醫務管理組 張專委溫溫

因為 P4001C-P4003C 就是牙周病統合計畫，我想是合理的。

吳代表永隆

我是覺得轉診加成的醫師還是不宜開放給民眾，其實大多數牙科的疾病百分之九十幾都可以在一般院所處理，如果開放下去會造成民眾像「小病看大醫院」處理，原本可以在一般院所處理的牙疾，因為一樣的價格，完全轉到專科醫師來，會造成這些專科醫師工作量暴增，尤其是透過署的網站上查詢到，等於官方認可，就跟我們當初轉診加成用義不同。我們希望站在病患立場，有些特殊牙疾透過一般牙醫師來轉介到專精的醫師，可以讓病患處理的更好。所以，我認為名單部分還是由全聯會這邊做管控。

陳代表彥廷

不過這些事情我們在會內並沒有討論過，因為當初的確只有給牙醫師，民眾會自己去找個別牙醫師的確有可能發生。

主席 蔡副署長淑鈴

公開透明已經是趨勢，讓民眾都不知道其實也不好，因為民眾還是有固定看牙的醫師，一定是碰到特別的問題，如果這個醫師無法幫他處理好，總是可以再找到第二個醫師。

陳代表彥廷

其實我們現在的問題是，民眾不曉得他一定需要有專業醫師來處理，大部分的情況是要有一個家庭醫師或一般牙醫師來處理，當他跑到一個地方看專科醫師處理的時候，未必在品質上是好的，也許對那個問題有幫助，但整體問題來講是沒有幫助的。這也是資訊公開但民眾對於自己病情的掌握上並沒有真正了解的情況下，資訊公開某個程度只是誤導。大家都是想往最好的方向走，可是你的病情是要一個統合照護。如果會內有不同的意見，我想還是先回去討論。

吳代表成才

有兩個意見，第一個公告的部分，整個轉診加成部分還是要有一個轉診單，公告以後患者就會直接找醫師，當中就沒有轉診單這件事情，就沒有轉診加成，這也顯示另外一種矛盾。

第二點，是否自動變成符合資格，我是希望再確認。原來這些資料，包括15百分位或60百分位跑出來以後，全聯會會通知牙醫師，想要的再來申請，申請審核通過之後才會是轉診醫師，那如果是按照剛剛主席說的，只要符合這些資格就自動成為是，不需要再經過申請？

主席 蔡副署長淑鈴

除非還有設立條件，醫師資格中當事人要有意願，現在才以專業的角度說要篩出 Qualify 的醫師，結果又說這 Qualify 的醫師也不一定是，為什麼？

牙全會 蔡東螢醫師

主席，最後一行第四點就可以啊。

主席 蔡副署長淑鈴

你說的是符合資格者可檢具相關資料提供給全聯會彙整，再送分區核定，就只有寫到這裡，沒有表達他當事人還要有意願。檢具相關資料就是有意願？

吳代表成才

因為原本的還是要透過申請，申請之前全聯會還要盡到通知的義務，不然算出來也只有你們有資料，醫師就算有資格也不知道。全聯會要盡到及時通知的義務，他一有資格才有辦法去申請。若以主席剛剛的意見，這些資料跑出來就已經是，那拿到轉診單直接申報就可以算，當然這樣比較簡單，也不會耽誤時程。

牙全會 蔡東螢醫師

符合資格者檢附相關資料其實就可以解釋，他提出申請給我們，提供給總額這邊彙整後，全聯會也會確定是否符合資格，再送分區業務組。個資的問題，如果把這幾百家冒然公布，不知道他願不願意提供這個服務，如果是這樣，是不是要讓他填個同意書？

陳代表彥廷

不是不能讓民眾知道，而是民眾就會自己選擇，第二個是民眾真的就沒有轉診單，我們當時有個概念，如果甲醫師看的時候覺得他是相對較難處理，他就會幫忙轉診，有點像是家醫科醫師轉診到其他科的概念，比較不違背我們醫療提供者的立場。我一直懷疑一件事，當把所有訊息都公告，而且不設下一些 guide，民眾就憑著自己的好惡就去找各個地方，這不也是醫療浪費的現象？

如果可以，還是維持現在的機制，這資料產製出來之後，我們就個別的告知這些醫師，除了專科別醫師名單，專科醫學會去問他們醫師可不可以接受我們這樣轉診的工作，若願意的話他們就會提供名單給我們，那其他部分就是我們產製這樣的名單，我們就詢問這些人願不願意。這些東西我們都印在牙醫師手冊裡面，所以每一位醫師都知道每一區有哪些人可以轉診過去，我想這樣的機制已經行之有年了，如果現在要打破這樣的方式我覺得會有問題。

主席 蔡副署長淑鈴

剛剛在講家庭醫師轉診，事實上兒童牙醫的招牌也都寫兒童牙醫，那兒童也都去那裏看，病人大人去那邊看應該很少。我的意思是說你讓民眾知道跟醫師自己寫專長是有什麼差別？你只是擔心大家都轉給他，或是大家都去找他，問題是他的病人現在就是自動歸類。牙周病病人平常看補牙，有牙周病時在原處看難道就一定要轉診？怎麼會解釋成說直接去就是不對，如果公開病人就直接去找是不對的？

陳代表彥廷

我沒有說不對，但是病情也許不是那麼嚴重，也許一般醫師看就可以，問題是民眾判斷不一定是對的。

主席 蔡副署長淑鈴

我覺得民眾也沒那麼盲目。

陳代表彥廷

因為這是由公家機構公告，有種認證的感覺，我們擔心是這個認證。

牙全會 蔡東螢醫師

而且這個產製出來的名單，有一半不是專科學會認定的資格，這個是要慎重一點。因為他有可能是一家大醫院的 GP 或是去支援，或只有假日在那邊做一些專科，或是說他 GP 也做，那他有些專科占到60%，這樣如果公告可能對於那個診所有所謂 promote 的作用。

主席 蔡副署長淑鈴

有關醫師名單資訊公開部分，各位代表有很多意見，那要公開嗎？

陳代表彥廷

我們希望維持現狀。

本署醫務管理組 張專委溫溫

我們文字上會做些修改，改成符合下列資格之一之牙醫師，檢附相關資料申請提供牙全會，就是把這段文字往上提。另外，我覺得公開是遲早的，因為還是很多人不知道，既然要做這個計畫還是要讓民眾清楚知道會比較恰當，以上建議。

主席 蔡副署長淑鈴

今天就不通過要公開，但還是要朝著這個方向去思考、逐步推動。

牙全會 溫斯勇醫師

還有一個檢附的程序，所以只要加一些動作就會是他同意了，所以經他同意的話，以至於上載到什麼地方、資訊化或到你的手冊內，都是程序。所以你只要在這個地方多一道程序。

主席 蔡副署長淑鈴

那這個案子就討論到這裡。

本署醫務管理組 張專委溫溫

還有一段是轉診單日期寫開單日期，備註三有寫說欄位皆屬必填，如無者填無，因為依照轉診規定建議轉診院所都是必填，如無者填無會造成誤解，因為無的項目很少，比如說第一個傳真、第二個聯絡人關係，還有願意轉診院所的傳真，建議是用括號勾選有無，備註三就是以上欄位均屬必填，以上建議。

主席 蔡副署長淑鈴

那本案就先更正通過。

第三案 新項目預算未執行完遭扣款及新增成長項目之預算分配方式。

陳代表彥廷

本案應該是內部作業的錯誤，相關案提應該是健保會權責，是不是可以撤案？

健保會 陳組長燕鈴

本案已經撤案，健保會僅提供兩點意見供提案單位參考。首先，106年總額協商還沒正式協商，本案所提口乾症的減列項目還沒有經過本會議定。其次，本會協商地區預算分配時，是針對各部門總額整體一般服務預算，並未對一般服務的個別項目做分配，可能也須考量後續進行結算等執行面之可行性，以上說明。

主席 蔡副署長淑鈴

本案撤案，今天就討論到這裡，有沒有臨時動議？沒有的話，今天會議開到這裡，謝謝大家。