

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

104 年度第 4 次會議紀錄

時間：104 年 11 月 17 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：甯素珠

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	許代表明倫	請假
吳代表玉琴	吳玉琴	連代表新傑	連新傑
吳代表成才	吳成才	陳代表建志	陳建志
吳代表明彥	吳明彥	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	黃代表福傳	黃福傳
杜代表裕康	杜裕康	黃代表翰玟	黃翰玟
阮代表議賢	阮議賢	劉代表新華	劉新華
季代表麟揚	請假	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	請假	劉代表賢哲	劉賢哲
林代表富滿	林富滿	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表敬修	林敬修	黎代表達明	黎達明
施代表皇仰	施皇仰	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
翁代表德育	翁德育	龐代表一鳴	龐一鳴
莊代表志强	請假		

列席人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

全民健康保險會

彭美熒

中華民國牙醫師公會全國聯合會

蔡東螢、溫斯勇、謝偉明、廖秋英、
柯懿娟、朱智華、許家禎、邵格蘊、

潘佩芸

中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
臺灣醫院協會	
本署臺北業務組	吳秀惠、何翠華、袁廣璋
本署北區業務組	鄭美萍
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	郭碧雲
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	曾玟富、郭翠雯、賴淑華
本署資訊組	姜義國
本署主計室	黃莉瑩
本署醫務管理組	李純馥、陳真慧、張溫溫、林淑範、 劉林義、甯素珠、洪于淇、歐舒欣、 李宜珊、林沁玲、林蘭、張巧如、 鄭正義

一、 確認上次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）。

二、 主席致詞(略)

三、 報告事項

(一)、前次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)、牙醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

(三)、104年第2季牙醫門診總額點值結算報告

決定：各分區一般服務浮動點值及平均點值彙整如下表，將依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算。

分區 季別		台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全區
104Q2	浮動點值	0.9367	1.0272	0.9762	1.0067	0.9567	1.1287	0.9609
	平均點值	0.9216	1.0130	0.9703	0.9952	0.9522	1.1134	0.9612

(四)、本署導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告

決定：請牙全會宣導各院所如期於 105 年 1 月 1 日起以 ICD-10-CM/PCS 申報費用。

(五)、105 年「全民健康保險牙醫門診總額研商會議」召開會議之時程。

決定：105 年會議時間訂為 3 月 1 日、5 月 24 日、8 月 23 日、11 月 22 日，臨時會訂為 12 月 6 日，請各位代表預留開會時間。

四、討論事項

(一)、第一案：105 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式案

決議：所提「牙周病統合照護計畫之牙周病統合性治療第三階段給付費用」及「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥經費通過；「七所口腔醫學院或牙醫學系所屬之附設教學醫院點值保障」部分刪除，另移撥醫療資源不足地區及醫療資源不足且點值低地區專用費用部分，予以保留，請提臨時會討論。

(二)、第二案：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修訂及新增項目案。

決議：

1. 品保款不得用於調整支付標準，有關修訂點數及新增項目點數，請以醫療服務成本指數改變率預算支應，重新考量。
2. 修訂內容部分同意詳附件 1；診察費修訂點數項目、轉診費增修訂點數項目及新增牙醫急症處置費項目，予以保留。

3. 全案提下次臨時會繼續討論。

(三)、第三案：修訂「105 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。

決議：

1. 特定身心障礙者牙醫服務適用對象，僅同意新增重要器官失去功能者，其餘不變；其他項文字修訂部分予以同意。
2. 到宅牙醫醫療服務部分全部保留，請整體評估後再議。
3. 全案提下次臨時會議繼續討論。

(四)、以上討論未決部分及未及討論提案，請提臨時會議討論。

伍、與會人員發言實錄摘要詳如附件 2。

陸、散會：下午 5 時 20 分

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修訂

一、修訂支付標準表內容

(一)有關「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」原擬提修訂名稱，本署確認已於104年2月13日以健保醫字第1040001666號公告修訂完成。

(二)修訂「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」支付項目(P4501C、P4502C)移至「民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部第三章第四節 口腔顎面外科向下項目，併同刪除「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」。

決議：同意

(三)其它同意修訂內容列表如下：

序號	編號	同意修訂內容
1	91013C	<p>牙齦切除術 Gingivectomy 施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術 註：1.不得同時申報91011C及91012C。 2.應與根管治療或牙體復形合併申報。 <u>3.局部麻醉費用已內含。</u> <u>4.以合併之主處置齒位申報。</u></p>
2	92069B	<p>複雜型顎頸障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註： 一、本項須符合下列顎頸障礙症功能檢查所述適應症中2項 (含)以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。 二、適應症： 1.下顎運動最大張口距：小於35mm。 2.終極試驗：大於5mm或小於1mm。 3.顎頸關節雜音之聽診：單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 4.顎頸關節區觸診：單或雙側有壓痛。 5.外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。 6.咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。 三、一年內不得申報92053 B及本項。 <u>四、病歷應詳實記載處置過程並附口內配戴照片（照片費用內含）。</u></p>
3	92034B	<p>口竇瘻管/相通修補術 Repair oro-antral fistula or communication 註：1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.需檢附X光片或相片佐證。</p>
4	92041C	<p>齒槽骨成形術(1/2顎以內) Alveoplasty(under 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片或照片以為審核(X光片、照片及局部麻醉費用已內含)。</p>
5	92042C	<p>齒槽骨成形術(1/2顎以上) Alveoplasty(more than 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片或照片以為審核(X光片、照片及局部麻醉費用已內含)。</p>

序號	編號	同意修訂內容
6	92053B	<u>硬式咬合板治療 Occlusal bite splint</u> 註： 1. 為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2. 病歷應詳實記載處置過程並附術後照片（照片費用內含）。 3. 一年內不得重覆申報本項。
7	92056C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor < 1 cm 註：1. 需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus 之切除應檢附 <u>術前</u> 照片（規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。
8	92057C	骨瘤切除術 Tumor excision 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註：1. 需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus 之切除應檢附 <u>術前</u> 照片（規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。
9	92058C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor > 2 cm 註： 1. 需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus 之切除應檢附 <u>術前</u> 照片（規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。
10	92073C	口腔黏膜難症特別處置 Management of difficult oral mucosal disease 註：1. 限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。 2. <u>限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核備醫師申報。</u> 3. 每七天申報乙次，診斷確立起三百六十天內不得申報超過二十四次。 4. 病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)詳細臨床病歷以為審核。 5. 不得同時申報92001C、92066C處置。
11	附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數 給付原則	一、實施範圍定義： (一)醫療費用 1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。 2. 下列項目費用，不列入計算： (1) <u>(1)</u> 週日及國定假日申報點數（以申報就醫日期認定）。 (5) <u>(2)</u> 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。 (1) <u>(3)</u> 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (12) <u>(4)</u> 案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份。 (9) <u>(5)</u> 案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (14) <u>(6)</u> 案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全

序號	編號	同意修訂內容
		<p>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。</p> <p>(3) <u>案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。</u></p> <p>(8) <u>案件分類為 B6—職災代辦案件。</u></p> <p>(15) <u>(9)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C。</u></p> <p>(16) <u>(10)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。</u></p> <p>(4) <u>(11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。</u></p> <p>(2) <u>(12)加成之點數。</u></p> <p>(6) <u>(13)初診診察費差額。</u></p> <p>(6) <u>(14)感染管制診察費差額。</u></p> <p>(9) <u>(15)山地離島診察費差額。</u></p> <p>(10) <u>(16)牙醫急診診察費差額。</u></p> <p>(17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。</p>
12	<u>P4501C (92XXXC)</u>	<p>定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Regular oral potentially malignant disorder follow-up treatment</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者(<u>臨床診斷類別 (ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)</u>)。 2. 第一次限申報定期性口腔癌前病變追蹤治療，不得與非定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4502C<u>92XXXC</u>)併同申報。 3. <u>限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核定醫師申報。</u> 4. <u>填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。</u> 5. <u>第一次及每 365 天應填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。</u> 3. <u>病歷應詳實記載追蹤治療記錄。</u> 4. <u>口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)</u> 5. <u>7. 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。</u> 6. <u>8. 限 90~120 天申報乙次，超過 120 天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。</u>
13	<u>P4502C (92XXXC)</u>	<p>非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Irregular oral potentially malignant disorder follow-up treatment</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>限已申報定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)後執行，且間隔時間超過 120 天者，不得與定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C<u>92XXXC</u>)併同申報。</u> 2. 須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者(<u>臨床診斷類別 (ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)</u>)。

序號	編號	同意修訂內容
		<p>3. 限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核定醫師申報。</p> <p>4. 填寫<u>口腔照護定期檢查紀錄表</u>，詳如附件二。</p> <p>5. 第一次及每 365 天應填寫<u>口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單</u>（吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣），詳如附件三。</p> <p>3. 病歷應詳實記載追蹤治療記錄。</p> <p>46. 口腔清潔維護治療（包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等）。</p> <p>57. 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣（致癌因子）之戒除輔導。</p> <p>6. 超過 120 天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。</p>

二、同意修訂點數：

序號	編號	診療項目	原支付點數	同意修訂點數
1.	89004C	前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration	450	<u>500</u>
2.	89005C	—單面 single surface —雙面 two surfaces	600	<u>650</u>
3.	89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth compositerestin restoration		
4.	89105C	—單面 single surface —雙面 two surfaces	450 600	<u>500</u> <u>650</u>
5.	91013C	牙齦切除術 Gingivectomy	300	<u>330</u>

序號	編號	診療項目	支付點數	修訂點數
6.	92020B	口內軟組織腫瘤切除	1210	<u>1800</u>
7.	92047B	頸關節內注射	400	<u>600</u>
8.	92054B	軟性咬合器治療	500	<u>800</u>

三、同意新增支付項目

序號	編號	診療項目	支付點數
1	89XXXC	<u>前牙雙鄰接面複合樹脂充填</u> <u>Anterior teeth Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries</u> <u>註：</u> <u>1. 同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C, 89008C～89012C）費用。</u> <u>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	<u>1200</u>
2	89XXXC	<u>後牙雙鄰接面複合樹脂充填</u> <u>Posterior teeth Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries</u> <u>註：</u> <u>1. 同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C, 89008C～89012C）費用。</u> <u>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	<u>1450</u>
3	920XXC	<u>乳牙複雜性拔牙</u> <u>Complicated extraction of deciduous teeth</u> <u>註：</u>	<u>560</u>

序號	編號	診療項目	支付點數
		<p><u>1. 限乳牙申報。</u></p> <p><u>2. 適應症包含：</u></p> <p>(1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。</p> <p>(2)乳牙牙根>1/2。</p> <p>(3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。</p> <p>(4)牙根骨黏合或 submerged tooth。</p> <p>(5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。</p> <p>(6)併生牙(fusion)。</p> <p>(7)乳牙牙根彎曲。</p> <p>(8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。</p> <p>(9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。</p> <p>3. 需檢附術前X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含，全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫經安撫無法配合之特定身心障礙者不在此限)</p>	

104 年第 4 次牙醫總額研商議事會議與會人員發言實錄摘要

報告案

第一案 前次會議決議事項辦理情形：

主席

上次會議記錄請各位委員確認！各位委員有沒有意見？沒有意見的話，會議記錄就確認。接下來報告事項第一案！

第二案 牙醫門診總額執行概況報告

主席

這次第三季的執行概況報告，大家有沒有意見？第 24 張投影片第 20 頁的地方，牙科特殊醫療服務有些項目執行個案數長期都非常的低，牙醫到宅特殊服務立意良好，照護弱勢，可是個案數真的非常低，這部份公會有沒有要說明一下。因為這項服務不是剛開始，已經一段時間了！這是怎麼回事，來~請羅代表！
羅代表界山

主席、各位委員大家好，有關這個現象我們自己也有注意到。但是執行上，可能大家都認為在行政程序或者在支付層面，覺得有很多困難阻礙，去執行的意願不會很高。這個我們都有注意到，所以在今年的辦法修訂上，已針對這個現象做改善，如果這個現象做改善後，執行率還是出不來的話，我們可能就真的認為醫療的需求不是很大，所以，我們這個方面就會再做檢討，以上。

主席

好，這個部份我們付費者吳代表也是長期在關心弱勢，陳節如立法委員也非常關心這些。但是長期以來個案非常的低。

吳代表玉琴

這一部份，個人在實務運作方面不是很清楚，但是跟照管中心或是跟社政系統的連結跟轉介，是否能再加強，當然羅代表提到行政程序上的簡化，可提高醫師願意，但是另外案源的開發也許有需求，只是我們不知道，最容易接觸到的需求端，可能為目前掌握最多人數的照管中心，故與其做一些相關連結，或能解決人數一直擴展不出來的問題，我覺得不是沒需求。。

主席

好，謝謝吳代表的意見，基本上是提到長照的照管中心是案源可以發現的地方。那我們就錄案，請公會參考，確實牙醫到宅服務不是剛開始，至少有兩、三年有了！搞不好更長，但是這樣看起來美意沒辦法達到，這是不太好啦！好，謝謝！那其他代表還有沒有意見？如果沒有意見，執行概況報告就確認洽悉，接下來第三案！

第三案 104 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告

主席：各位代表有無意見？好，沒意見，本案洽悉。

第四案 本署導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告

主席

好，謝謝！公會這邊對於 ICD-10 目前我們追蹤到 9 月底是 76% 有通過預檢，還有 23% 沒有，那翻開附表 1，南區好像通過率相對更低！現在 11 月 17 日，不曉得明年 1 月 1 日上線，大家是不是都 Okay？有沒有問題？理事長或者陳代表這邊。

陳代表彥廷

我們會提醒目前還沒有通過的院所注意這件事。

主席

預檢到 11 月底，請公會通知會員趕快進來預檢！好，本案大家沒有意見，就請明年 1 月 1 日如期改成以 ICD-10 來申報費用。接下來是第五案。

第五案 105 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案

主席

本項麻煩各位代表配合，本案通過。

討論事項

第一案 105 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式

主席

好，謝謝！全聯會這邊有沒有要補充說明？

翁代表德育

主席、各位委員大家午安，我針對醫院點值保障計畫跟大家做個說明。請大家看到第 55 頁，那上面有計畫的目的，不過我就講重點啦！第一個，這個計畫事實上不是直接跟教學有關，我們是直接篩選所有教學醫院裡面的 7 家，來做一些我們希望可以完成的事情。在第五項的條件裡面，最重要的是一定要執行特殊醫療服務試辦計畫裡面的到宅醫療服務。這個到宅醫療服務剛剛已檢討過，它的執行個案數並不多，當然有他實際上的困難。但是經過我們跟這 7 家醫院的牙科主任一起來溝通，也希望他們能在這一塊，投注更多的人力跟物力，一起來支持這個計畫。到宅醫療現在的點數雖比較不一樣，可是不是每一家醫院

都有很強的意願去做這件事情。我們做這個計畫，只是希望能夠多一點強而有力的誘因，讓醫院長期地能夠來到宅醫療服務這一邊使上力氣。當然，我們也不是怪醫院說，是不是這個不好做，或是他們都不做，不能這樣說，因為醫院經營也有他經營成本的考量。如果誘因不足，當然是會意願缺缺。那其他有附帶做一些口腔癌統合照護計畫，這也是目前為止執行率比較欠缺的地方。我們希望透過這樣的計畫，能夠讓醫院更有誘因，更有意願一起來完成。我要說明的就是說，這個案子在我們牙醫全聯會裡面討論過大概半年，這個過程裡面，我們與這 7 家醫院的牙科主任做溝通，也參採了 6 個分會的意見，也參照了醫院牙科們代表意見，事實上經過了長期的討論，好不容易大家有共識，主要這個方案也沒有額外增加費用來 support，完全由我們牙醫門診總額一般服務裡面來支應。其實這也是我們所有牙醫的大愛啦！不好意思！就是希望這個點值保障計畫能夠獲取大家的認同，當然它會跟健保會的會議決議有一點抵觸，但是以回歸支付標準為原則，有原則就有例外。要執行這些的特殊項目，說真得如果有特殊的誘因也許會更圓滿，以上！

主席

謝謝！其他代表還有沒有意見？來~請！

朱代表日僑

想詢問一下，據我知道前面特殊醫療服務到宅方面，好像臺中有兩位醫師參與臺北 1 位，所以整個看起來是到宅服務的醫師整年執行只有幾位。如果希望拿此項點值保障計畫當作誘因，應該要有一個說服力，就是規劃這項保障計畫後，能增加多少醫師投入的能量。所以，如果規劃設計一個鼓勵的方案，協助過去沒有辦法大力推動、突破不了的現況，我覺得當然要支持！但是，希望能夠鼓勵直接性的投入人力，確實增加服務能量，才能真有大力的幫助。所以，不能僅止於口說，講完以後實質成效卻看不到，如此就會令人感覺失望！是否請再思考一下。

翁代表德育

主席，謝謝給我發言的機會，我想回答朱代表的問題。如果沒有這個計畫，這 7 家醫院只有中山有在做，另外 6 家是掛 0！那如果通過，馬上是多了 6 家醫院來加入這個計畫。第二個，因為這個點值保障計畫剛開始第一年，我們目前沒有要求件數跟個案數，但是做了一年以後，大家發覺這個意願、誘因很足夠了，我們慢慢來要求一些個案數，以及應該所呈現的一些執行的成效。那現在最大的問題是” 0 ”，我們第一年也是希望這個計畫至少能有，以上。

主席

好，謝謝，醫院牙科代表，有沒有？有沒有人在？

黎代表達明

謝謝主席讓我們發言，事實上，現在特殊醫療部份，我們醫院一直都有發展，但是在宅醫療的部份，還是限於人力，發展有限制。另外剛剛羅代表提到一些行政程序，目前真得有一些困惑。因為現在到宅醫療有上限，它的費用是有上限，然後現在都要有報備，報備流程需要有人力特別去做這個事情，才有辦法執行，如限制可打開我們是可以看。所以，我想這個部份已經有在努力做調整。在醫院部份其實有很多單位，剛剛是 7 大院校裡面開始進入，其他是不是有一些身心障礙醫療的網絡醫院要進入，除非我們現在有足夠的人力去幫忙，但是現在整個大環境確實很不利我們這樣子推行。因為現在網絡醫院裡面它的點數，給醫院補助的點值，今年縮水了將近 40%，對醫院來講其實是整體不利，所以可幫忙的人要這個人挪出來真的有困難。至於開業醫師是否能進入這一塊？我想開業醫師每次碰到行政的問題一定是一個頭兩個大，所以，看看今年調整了以後，看有沒有辦法去做一些調整，那我們會願意邀請更多的醫生來進入，當然給付的部份會是個考量，人力的部份也是另外的考量。所以，以上跟大家報告，謝謝！

主席

好~謝謝！我不太理解，想要請教全聯會，為什麼牙醫到宅服務一定要醫學中心的醫生呢？我們基層的牙醫師都沒能做這件事情？我們西醫到宅醫療係建議要開業醫去的。他是跟民眾最接近的，怎麼是一定要醫學中心的醫師才能去呢？我不太懂這是什麼道理。牙科到宅醫療所提供之服務，都是一般牙科醫師所能做的事情，並不是什麼艱深的牙科服務，竟然我們的牙醫師全聯會現在目前個案數這麼少，還把這個問題丟給醫學中心來做到宅醫療，這會不會有一點本末倒置？不太懂這是什麼邏輯，那其他的牙周病、口腔癌、口腔黏膜，所有的診所不是都在做嗎？對不對？那這個到底區隔是什麼？牙科急診，很多診所也可以做啊！而且你們現在也要建立聯防啊！所以，不太懂你這個點值保障計畫竟然丟給醫學中心牙科部門來做到宅醫療，這說的過去嗎？不太懂這個道理何在？我告訴你這個到最後還是個位數。醫學中心牙科部門兼具教學、研究、各方面的任務這麼多，竟然還要去承接大家都不做的到宅醫療，那個案數怎麼會多呢？這不是沒有需求，根本是沒供給，而且我們的牙醫師這麼普及，都沒有人要做，就丟給醫學中心的牙科醫生去做這些事情。這個全聯會真的要好好說明喔！

羅代表界山

主席，跟各位代表說明一下！到宅這個問題，其實我是覺得，到宅是一個利益良善的計畫沒有錯啦！那可能就是在整個辦法裡面，因為卡到很多東西、卡到很多問題、卡到它一些行政程序上面的問題，所以導致一般人不願意做，尤其是一般的診所，要去做到宅基本上一定要有一套設備，還要有足夠的人力去做，尤其到宅適用的病人，風險性真的比較高，所以一般的醫生一聽到這個就先打退堂鼓，然後又想到行政程序覺得麻煩，又要自己去搞一套花費不貲的設備的時候，我想大概一般的診所可能就覺得說，社會責任的承擔大概就會直接想到醫學中心。而醫院可能在專業的人力上面會比較充足，畢竟在到宅適用的個案的風險性真的是比較高啦！所以，我們是站在病人的立場來考量，我們單純要求診所的醫生直接去做，當然是可以做，但是風險性比較高，還是比較希望由醫院去做，他們比較常接觸較嚴重的個案，他們的訓練會更周全，對病人也會較有安全的保障，也會比較好一點啦！當然，診所也是可以做，但是還是會站在他們經營上的考量，有時候可能意願就沒這麼高，以上！

翁代表德育

主席，容我再補充說明一下！因為牙科到宅醫療，提供牙科自己的專業服務比較沒有問題，最大的問題是病人系統性疾病問題，牙科醫師有沒有能力去做一個突如其來臨時的處理，這是一般基層院所醫師不一定有的能力啦！說真的，主要不是在我們醫師牙科專業領域上的問題，是在這個病人突發相關狀況，有沒有辦法去處理；那第二個是說，大家有沒有去看過到宅醫療，中山余醫師去做的，他那一套設備，其實不是每一個人都供給得起啊！那一套設備，他一個早上能做幾個 case 呢？很少！表面上我們看它支付的點數好像很高，可是你實地去看他出的成本跟人力、物力，那個成本不算什麼，除非他有愛心啦！不然很難看到醫師這樣去做，所以我們才會想到這個問題，既然去做了，看看用什麼方式去給他做的圓滿一點，我們去跟這 7 家醫院第一個問願不願意買這個設備，Okay~大家都願意了！第二個，就是說你們的醫師、專業能力，組這個 team 夠不夠，大家都說夠，所以就形成這樣的一個案子，並不是我們大家都不做，把這個問題都踢給醫院啊！而是它做這個事實上是有他的困難，那我再重覆一次就是說，我們還是希望這個能夠圓滿，這是到目前為止，我們能夠想出來最有誘因的一件事情，那還是交由大家來決定啦！以上！

主席

牙醫部門在總額協商的時候，都拿誠意很高的帽子去爭取預算，就像到宅醫療，有一年也是用這個去爭取預算，然後放在特殊服務裡面，好了！這個情形不曉得去跟誰交待？結果，幾年下來我們眼睜睜地看，牙醫師團體每次到民意

代表那裡都說是健保不配合，給付太低等，結果是你們沒人願意去做這件事情。剛剛翁代表說，開業醫師沒有辦法去弄這些東西。我記得你們牙醫師公會也有組團去日本參訪啊！不是嗎？已經出國好幾次參訪日本的在宅醫療，對不對？事實上，你們的藉口也太多了！如果真的有心要做這件事情的話，也不是每一個開業醫師都要去弄那一套設備，現在醫院裡有設備，你們可以一起去排班！對不對，是要與不要做的問題！真正我看過，現在在宅醫療能做的事情就是有限，真正困難的是基於安全，若真的要執行介入治療，也都要請他回去醫院看比較安全！但是大家都用陳義很高，說你們願意去做在宅醫療，結果呢？現在講這個、那個，等一下又把西醫師的轉介拿掉，所以太多的矛盾說法，每一次的總額協商都說牙醫師要對弱勢多照顧，爭取預算，結果呢？事實證明沒有嘛！你現在又去壓迫醫學中心，醫學中心怎麼會做這一件事呢？怎麼會醫學中心去做在宅醫療呢？哪個國家這樣去推動的，這樣能收幾個 case？醫學中心要做的是複雜的介入牙科治療，這些服務病人本來應該要搬回醫院去做啊！怎麼會叫醫學中心的醫師出去做在宅醫療呢？剛剛吳代表不是提嗎？要跟長照的照管中心去連結，那裡有多好失能的病人在家裡，你要派多少的醫學中心醫生去照顧。你們 90% 的醫生都在基層開業啊！而且醫學中心的任務不是在做這個啊！

吳代表玉琴

我真得要做一下釐清喔！在宅醫療大部份都在基層的診所在做，醫學中心是一個支援的醫療系統。所以，如果今天整個在宅醫療是由醫院來支援，我覺得這個政策是不對的，所以你能夠看的人數一定非常非常地少。所以，應該要鼓勵的是診所這邊。我覺得這部份牙醫師公會真得要幫忙，就是你的各地區牙醫師公會、各縣市的牙醫師公會能不能組成一個 team，大家有興趣要做這件事的，你說設備的問題，看大家怎麼去解決，設備應該是可攜式 X 光機的設備，日本很多，可很輕便的帶著就走！我不很清楚台灣這些設備的認可情況。剛剛提到突發狀況的掌握，這個跟西醫那邊要有非常多的配合，因為在宅醫療裡有醫師的部份，還有牙醫的部份，所以，我們牙醫單獨去執行當然有一些不安，可是其實未來幾個包括我們其他的預算的在宅醫療裡面醫師的部份，可能要去做一些共同的合作，而不是單獨，西醫做西醫的。這部分的合作還是要去做一些對話，不然就難處理剛剛提到一些突發狀況，以長照對象，或是身障來講，我身障比較不熟，長照老人部份，他們的情況算是穩定，突發狀況的變化性沒有那麼的大。所以，這個部份我覺得跨專業部份是必要的，包括跟長照中心來一起合作，剛剛看到健保署的意見裡面，提到說我們對於保障點值，在健保會有討論過，基本上不是很鼓勵啦！除非說那個服務是開展不出來的，且立意良好的，以保障點值來鼓勵，在初期能夠讓服務長出來。可是如果這個由醫學中心來做，

這樣就怪了！政策上要先釐清楚，我覺得世界各國應該不是這樣的做法。應該要鼓勵的是那些基層診所保障他點值，如果做在宅醫療應該要保障他點值才對！而不是去推到醫學中心來，那個量一定是出不來，因為最貼近民眾的會是在診所，而且九成以上的牙醫都是在診所，如果為了要保障這個而放在這裡，我就不太支持！原來是想說，保障點值的概念，只是確保他執行的時候拿到點數，這跟教學也沒有關係。所以，健保署寫說跟教學有關，我是覺得很奇怪，這應該是跟教學也沒有關係，它只是確保它的點值是不被折損的。所以，這兩句話健保署的解釋是怪怪的。可是我覺得牙醫師公會是不是好好回去檢視，應該這個政策要回到基層診所，牙醫師公會還有地方的牙醫師公會應該怎麼樣去支持，讓有心要推動在宅醫療醫師們、牙醫們真的可以走出去，而且包括相關的負擔可以減少，設備的部份已夠 support，或是跟心口司那邊好好地做一些討論。我覺得這是要好好討論的，而不是讓醫學中心來做，醫學中心做後送。大家如果透過在宅醫療無法治療的長輩，當然是往後送啊！所以我想這部份大家的分工應該要釐得更清楚一點，以上！

羅代表界山

主席、各位委員，我稍為補充一下，我們當初在宅醫療的限定，是顧及病人的安全性，所以我們就只有限定是在醫學中心，還有幾間照護院所才能夠去做。當然如果只是為了執行率要開放到基層院所，他們也都能夠去做，但我想這應該不是我們的本意。基層院所如果都去做的話，有些如果為了金錢利益，不好意思，沒有顧及到病人安全，這不是我們所要的。因為我們現在適用的對象只在醫學中心還有幾間進階照護院所，進階照護院所本來就很少，但是在我個人的立場，是沒有要開放到所有的基層院所，讓他們都能夠去執行，以上！

龐組長一鳴

翁醫師剛剛講的很有道理啦！會在宅的病人一定不只有牙醫一個病，確實需要團隊合作，但是團隊合作不是拉醫學中心下去，我們現在其他的在宅服務，如果有機會，會再跟公會溝通一下。我們現在其他的在宅計畫都有在推廣，都是以社區型的機構當作基礎，包括診所、社區型的醫院來推動，包括在宅安寧、在宅呼吸器，還有其他各種不同的呼吸照護，都是用整合團隊式的照顧來提供，我建議這些團隊現在雖然分屬不同總額部門，可是應該作整體性的合作。現在其他案子已經劃在做整體性的合作，最近就要公告實施了！牙醫要參與這一塊的話，是不是我們找個機會再跟公會一起討論，這個案子怎麼合作，因為那都是社區型的案子。而且現在區域大概有個特色，有三個縣市，以兩個縣市為主，都是交通、捷運最好的地方，相對起來最不需要在宅服務的地方。所以，這個策略上有點怪！再加上教學醫院的關係，我再重申一次上次會議上已經講了，

教學醫院相關的成本，衛服部已經有另外一筆錢在付了，那牙科的教學，總額可以拿另外一筆錢，那其實對於整個健保的平衡性是有很大的衝擊的，這個部份大家還是要注意一下。

吳代表玉琴

我想補充一下，羅醫師剛剛提的這個議題，會不會有點混淆。因為如果是原來特殊醫療服務的部份，身心障礙初期都在大醫院，醫學中心沒錯，因為他們有些口腔的醫療特別對身心障礙的朋友，初期都從醫院系統來發展，可是現在在談在宅醫療的部份，對象群會稍為擴大，然後也希望他的可近性高，所以這方面可能跟過去特殊身心障礙的醫療有點小差異，對象有點小差異。

徐委員邦賢

主席，不好意思，我不曉得我現在插話是不是點對不對。其實在前天星期天，有關在宅醫療的醫師還有包括我都受邀到成大去，成大現在想要做這一塊，但是他們以一個 co-center 概念，也就是說醫學中心可以成立一個部門或是一個部會去訓練基層牙醫師，如何去保護自己，而且去醫療病人，成大想要往這裡走。剛才有提到說做在宅醫療，在座有幾位醫師其實禮拜天都在，對不起這個內容其實我也還沒有跟全聯會報備過，所以我在這裡是不是算在爆料？就目前為止，成大想要做的是什麼？他們是一個示範中心，希望不是只有他們的醫師出去做，他們有點像日本的在宅醫療的概念，以成大範圍 30 公里或者是 50 公里範圍裡面，有興趣做在宅醫療的牙醫師 call 過來一起做訓練，然後可能是公衛護士提出這些需求後，由這個 co-center 去做 match，有牙醫師人力也有病患。但是他們現在提出一個我們也覺得很不可思議的一點就是，他們現在是一個試辦計畫，一個示範中心一個月的預算只有 4000 塊，所以他們的試辦中心絕大部分經費都是由他們醫院的牙科自己來做補貼給付。所以，連他們主任也說這個連史懷哲可能都活不下去。這是另外一個層面的問題，不好意思，我在這個部份提出來。至於在宅醫療，我想不只醫學中心，在各大醫院裡面都會想做，但是這個計畫裡面，醫學中心要促成這樣的一個 training 的話，是最快的方法，所以說如果能夠要求醫學中心來做這些目標的話，對於推廣在宅醫療的話是更容易的啦！更容易推廣的，謝謝！

翁醫師德育

耽誤大家這麼多時間，最後還是尊重大家的意見。我們不會堅持，經過剛剛的討論，可能我們牙醫全聯會跟主席或者是吳代表或是大家看法分歧，是因為我們看的對象不一樣，我們著重在醫學中心及跟進階的院所，可以出去到宅醫療對象大部份是比較嚴重的一個病人。剛剛吳代表的意見簡單是說，指示我們應該擴大來做，事實上，有些病人很簡單有自理能力，有部份是失能的病人，

如果要擴大來做，我們當然可以考慮讓基層院所來參加，之前我們幾乎是把它鎖定在比較重症的部份，所以大家在各個觀念上會比較有一點誤解。其實這個計畫後半段，本來也就是要考慮像剛剛我們徐委員所提到，就是由醫學中心帶頭去組 team，後端的基層院所可以去參加這個 team，如果你是要一條鞭，還是要由醫學中心他們來做整合，其實這是後半段的工作。我們今天是沒有辦法把他提出來，但是我們剛剛說的用意確實是往這個方面去著想，那我想我就簡單說，這個問題，我們尊重健保署大家的意見，以上。

主席

好，謝謝！

黎代表達明

醫院協會代表第二次發言，我想剛剛那個問題應該分成兩個部份，一個是保障點值部份，一個是在宅醫療部份。保障點值部份，其實我認為不是只有在宅醫療在做這個事情的，我相信這個是公會為了要強調後續的對整個牙科醫療的整體的支持，是給醫學中心幫忙的，這一塊是他們最終的目的。只是說在宅醫療這一塊是期待他們能夠加入，這個是我補充的第一個部份。第二個部份是在宅醫療部份，我雖然沒有參與在宅醫療的工作，但是我參與身心障礙醫療也超過十年了，其實我看到在宅醫療確實困難度很大。可能大家會一直會比對，醫科的在宅醫療跟牙科的在宅醫療，為什麼牙科的在宅醫療會比較困難？可以告訴各位，我們除了儀器要搬過去以外，還要把 setting 弄好，半個小時可能還來不及，還有電腦連線，實際工具擺好，設備 setting，然後還要收，所以 3 個小時，要做的工作其實非常地壓縮，這是第一個部份；第二個部份，到宅的人力絕對不可能是一個醫生，絕對還有一個小姐、一個司機，或是一個幫忙搬運的人 minimum 是 3 個人，現在我們這樣的給付，老實說沒有一個誘因可以讓這樣成行，現在大家完全是做公益的。然後剛剛談到一個比較嚴重的問題是說，在宅醫療都是多重疾病的病人，在日本的經驗，他們其實全部出去的都是資深醫生，沒有年輕的醫生，他們只有資深醫生帶著年輕的醫生做這個事情。所以，假如完全要求開業的醫生去做這個事情，年輕醫生執行時，抱歉沒有一個牙科醫師願意負這樣的責任，大家的期待太高！然後，最後的部份，日本做在宅醫療有部份做得很成功，因為這些醫生大部份都是在社區裡面的特殊單位服務支持，所以他們其實有另外的支援在支持他們的薪資。所以，有蠻多的醫師是他們有特殊部份的支持，到宅醫療變成他工作要求的一部份，所以他們做這件事情，而不是我們完全由健保來執行這個工作。當然我們現在要執行的事情是，我們常去給很多單位要做刷牙的動作，刷牙要有愛心，也要有方法，有方法也需要有政策配合。我想我們現在是已經走到政策配合的這一塊，期待政策怎麼

配合的這一部份做得更完備。以上，謝謝！

主席

好，謝謝！那這一部份，基本上到宅醫療的部份，醫學中心能做的可能是一個 training center，它應該還是要組一個 team，累積經驗，有信心去做，這才是合理的，而不是說把這個工作丟給醫學中心的醫生，這是第一點；第二點，開業醫多數是資深醫師！不是開業醫一定就代表年輕的醫生，我們牙醫有 90% 的開業醫，難道都叫做年輕的醫生才叫開業醫嗎？不是的，我們的整個 provider 裡面，開業醫都很資深啊！在座每一個都很資深啊！哪一個年輕？相對看起來都有一點資深吧！那怎麼都叫較年輕的醫生去呢？每一位均是資歷雄厚，對不對！第三個就是，在宅醫療我們最早在談的時候，牙醫師團體極力主張要去，那時候就已經在講，那些重症出不來的人，他的問題沒這麼單純，你能去給他做的事情，你害怕你能做的就愈少，最終就是去洗洗牙、清潔牙齒，或者是簡單安全的治療，結果為了怕很多的問題帶了一大堆重裝備去，這也都是當時講過的！我現在回想都歷歷在目！結果我們的牙醫師公會信誓旦旦，就是爭取很多預算要去做這件事情。結果現在回過頭來再去想，又都是原來講的那些問題，所以如果這些失能病人是很多原因造成，那你們去口腔治療，並不是那麼多重裝備才能做，是去那邊做很簡單的事情，但是怕萬一，弄了一大堆東西去，所以這個本末都已經倒置了，如果這個病人是口腔的問題，要比較侵入性的做一些治療的話，我相信你們一定希望他們去醫院，較為安全的地方去，甚至麻醉以後一次把它做完。這就是醫療安全，對不對！我記得醫療安全這件事情，一開始討論時就提到，可是我們全聯會當時為了爭取預算就是拍胸脯！結果這已經不是三年兩年的事情。所以，我覺得這個案子是要退回的，好不好！有關如何推動在宅醫療所提出來的點值保障計畫，我們認為是欠周詳，而且不利這些病人照顧，他只是一個空中樓閣，不應該讓醫學中心的醫生去處理這個事情，反而應該是在宅醫療醫師到了民眾家裡發現他並不是單純，主動把他 refer 到醫學中心去做進一步的治療，這樣子才是正辦啊！所以，本案先退回，我們還有臨時會的時間，這個全案暫保留？還是這個案子拿掉，其他的案子先過？好！那這個案子就不再做點值保障，這裡的費用就整個拿掉喔。至於說如果推動到宅醫療，就是公會這邊再另外研議周嚴的計畫，好不好？不要讓有需求的個案得不到服務，然後我們這邊也沒有 provider，最終又都是掛 0，這樣非常地不恰當，如果大家都同意的話，那就把這個 54 頁的說明 3 整個拿掉，其他項目先通過。好！謝謝！那就這樣子確定接下來第二案！

第二案 「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

案

主席

本案基本上是修訂跟新增項目，我們是不是可以逐項來看，會不會比較有效率，因到唸完還是要回到逐項討論。

陳代表彥廷

內容部份如有特別需要，才討論。修訂點數也是真的有需要，再討論。

主席

修訂支付標準是附件五，這裡至少有 13 項，我們就逐項確定。第一項牙齦切除術，請醫管組稍為簡單說明一下。

林專門委員淑範

請看資料第 7 頁 91013C 牙齦切除，牙醫全聯會表示本項應包含麻醉費，在過去修訂的時候是沒有調整到，故予補充，跟其他項目的做法是一樣，我們沒有意見。

主席

第 1 項增加備註的 3 跟 4，大家有沒有意見？好，沒有意見我們就通過，再來第 2 項。

林專門委員淑範

第 2 項的修正內容在第 8 頁的下面，它的重點是在病歷上要詳實記載，那這個我們也沒有意見。

主席

好，這一項也是更周嚴的內容，大家有沒有意見？沒意見，我們就通過，第 3 項！

林專門委員淑範

主席，我把第 3、4、5 項同時報告！

主席

好！

林專門委員淑範

3、4、5 項診療項目的修訂內容，主要是增加佐證的 X 光片或照片，我們沒有意見。

主席

好！這個也是更周嚴，好，大家有沒有意見？沒有意見，我們就這三項都通過。再來第 6 項！

林專門委員淑範

第 6 項在第 10 頁，92053B 原來的診療名稱是咬合板治療，增加”硬式”，與原來支付標準中”軟式咬合器治療”明確區分，以讓他更清楚，我們沒有意見。

主席

好！沒有意見就通過！第 7 項。

林專門委員淑範

第 7 項、第 8 項、第 9 項其實是類似的情形，就是在支付標準的備註欄裡面，增加術前的照片做為佐證，我們沒有意見。

主席

那這三項，大家有沒有意見？沒有意見，就通過！第 10 項。

林專門委員淑範

第 10 項在資料的第 11 頁，92073C 口腔黏膜難症特別處理，這項現在規定是限口腔顎面外科，或是口腔病理醫師，或是訓練過的醫師申報，因牙全會希望擴大照護的對象，把專科醫師的部份刪除。本署是在備註建議裡面說，因為現在執行的醫師是 392 位，104 年前半年執行費用大概是 500 萬左右，當然現在執行率還沒有這麼高，在全聯會建議刪除之後，有可能會增加照護的對象。

主席

好，這個部份原來訂的原因，是因為怕有些醫生不是很容易看出口腔黏膜難症這個狀況怎麼來處理。所以才會限制，現在把這個拿掉，是不是代表所有的醫師都有這個能力，我們要先確認。

陳代表彥廷

這個應該是醫院牙科反應的意見，因為有些醫師具備這些能力，但是不在這個範圍內。因為已有一些臨床特徵或病理報告要求，所以，我想不至於會有浮濫的現象。的確，有部份的醫師也有相關的能力，但因這樣的規定，就沒有辦法申報。

主席

所以，是不是代表有申報的，就是具有這樣的能力？有關專業品質的部份，還是要牙全聯會這邊負起責任來，好不好？各位代表有沒有意見？如果沒有意見，我們就尊重全聯會專業的意見通過。再來第 11 項。

林專門委員淑範

第 11 項在第 21 頁，是在修訂牙醫相對支付門診的給付原則不列入合理門診點數的範圍，第一個修訂是調次，讓它更方便閱讀，這個我們沒有意見。第二個修訂是在第 13 頁的第 17 項，原來不涵蓋的範圍增加特定牙周保存治療牙周

病支持性治療，這一項我們必須特別說明的是，104 年上半年它的執行率只有 17%，全聯會是不是也特別說明，修訂目的是在哪邊？如果只是在擴大照護對象，我們就沒有意見。

主席

好，這個部份全聯會有沒有要說明？

李代表明憲

主席還有各位委員大家好，這個是配合牙周病統合照護計畫後續的固本計畫 91015C、16C、18C，要完整納入合理門診量給付原則，目前因為今年才實施的，所以執行率還是不高，我們希望能夠配套，在牙周病統合照護納入合理門診量給付原則，也希望這三項能夠再予納入。

主席

寫在第 11 項就代表不列入計算，不是列入耶！所以，牙周病統合照護計畫原來是不列入，現在增列 17 項也是不列入，這樣合理吧，大家有沒有意見？沒有意見，我們就通過！第 12 項。

林專門委員淑範

第 12 項及第 13 項是同樣的項目，就一併說明，這兩項在導入支付標準之前，原來是一個試辦計畫，在書面資料的第 29 頁的口腔癌照護計畫，特別說明是因為口腔癌統合照護計畫在 102 年編列預算時，是在一般部門，這兩年執行率比較低，健保會委員特別關注這點，全聯會認為如果把導入支付標準，同時，把專科醫師的規範取消，並簡化一些文書作業，可能會增加它的執行率，這是以上的說明。

主席

你把衛教都拿掉啦！這個口腔癌跟與癌前病變的衛教很重要耶！你改順序嗎？喔，第 5 項改到第 4 項口腔維護治療，檳榔、抽煙、喝酒不良習慣衛教列在第 5 項。那這兩項變成正常項目了，大家有沒有意見？沒有意見，本署也支持就通過。接下來是修訂點數部份。

林專門委員淑範

修訂點數的部份在第 17 頁，在表頭最上面是預算來源，有列了兩個預算，共是 9.98 億，內容有點複雜，簡單報告，第一個調整是序號 1 跟 2，未符合感染感控的山地離島院所牙醫門診診察費從 250 點調整到 260，增加 10 點。第二個調整是在序號 3 跟 4，符合加強感控的門診診察費，在合理量之內，從 285 點調升 30 點變成 315 點。先報告這兩項的預算來源，在預算影響評估裡面，推估兩項共增加 7.218 億，是由一般預算來支應。另外在符合感染感控的 00133C 跟 00134C 的點數，從 305 點調升到 345 點，包括山地離島調升 10 點及感控調升

30 點，所以總共是 40 點。它的費用來源比較複雜，其中有 3400 萬是由一般預算移撥低點值高需求的方案預算來支應，185 萬是由醫療資源不足地區改善方案專款支應。本署意見是，104 年 2 月加強感染管制門診診察費才調升 15 點，短時間內，是不是要再做調整？第二個是未符合門診管控的山地離島門診診察費，是不是應該做管控管理？第二個跟大家報告，在第 18 頁裡兩個門診診察費預算來源，是由專款來支應，就是剛才大家討論的時候，從一般預算撥到專用，再一部份挪來支應支付標準點數調升，很錯綜複雜。在結算的時候，技術困難度非常地高。請大家考慮，以上！

主席

你們的頭腦真的是太複雜了！來~請李代表。

李代表明憲

不好意思，有關這個修訂點數，大家可以看到，這是 105 年度成本指數的改變率。這個就是象徵成本指數從以前到現在的成本指數到 8.82 億。那我們先談第一個，山地離島，我們只增加 10 點，這個是鼓勵一些在偏遠地區，我們不管是東區、北區，在山地離島地區我們給它點數增加 10 點，希望引領誘因增加山地離島醫師往那邊去移動，這是第一點；第二點，感控的話，沒錯，我們今年我們調了 15 點，那這 15 點是因為去年的額度實在是真的不夠 3.5 億，所以我們調了 15 點。那在我們成本分析指數裡面來看，成本分析，在感控要做到像我們牙科現在這樣的話，可能我們成本分析平均每個患者同僚只有取一次，但是其實後續他還是要做感控的方式，所以成本大概要 375 點，那我們現在把它增加大概 30 點符合到 315 點。那後面那個是山地離島地區的管控，我們也是比照這樣子來增加，那當然那個算法如果一些專案補足過來的話，雖然計算上是比較繁鎖，但是也不會說太難。那以上跟大家報告就是說，我們希望在感染管控裡面能夠再配合大家的需求，那這個名稱，我們之前貴署有意見要改，那名稱的話，我們還要再擬定有很多的名稱，希望就是說這個能夠反映到我們的成本指數裡面來，以上。

主席

好~謝謝！先請醫管組這邊來，看一下有沒有要補充的？

龐組長一鳴

這個上一次開會就已經有講過了！感控這一項已經一段時間了！加山地離島當然是很好啦！可是山地離島又感控不合格不是很奇怪？就是老問題啊！就是把它整併在一起。感控合格因為這個是 minimum requirement，不要變成山地離島又去加，好像山地離島可以感控不及格，沒關係，我們原住民比較強壯。就是這個制度，我們沒有辦法合理化嘛！若是剛開始實施一兩年，也就算了，

因為已經實施十多年了！所以，這一項是不是我們再保留一點時間，把它改到好，再來討論好不好？上一次跟你們溝通，你們也同意把它改到比較完整，這是第一個；第二個，預算方面，真的是挪到左邊，再由左邊挪回右邊，操作起來，還是有點奇怪啦！

主席

我還是要講，我們現在的預算分割，在概念上，一般服務就是在一般預算裡面，真正專款是屬於論次的費用、額外的費用才用專款來支應，那今天調整的是一般部份，怎麼會把專款拿去調一般的部份呢？這跟原來編專款的目的是不符的喔！專款的目的是希望你多提供服務，所以論次的錢或是其他額外的預算，才去補預算進來，是希望你多服務的概念。那現在再把專款挪過來調一般，等於專款的服務就做得更少了，不是嗎？

陳代表彥廷

我解釋一下，因為我們一開始沒有解釋清楚。這個跟我們第一個案子有關，第一個案子有移撥一些配合醫缺論量計酬的費用款項，還是一般預算。因為論次跟執業費用是屬於專款，論量是一般預算，所以我們撥了 1.8 億，是為了全國各區實際上一般預算的部份，會有些區分得少，用得多，我們就用全國一起一個款項來配合，這樣還是用一般預算來支應。我們現在講的是說，用一般預算就還是一般預算，不是變成了專款，它只是為了配合專案而變成專款，它只是為了配合專案而有的一般預算。所以，它沒有變成專款，再回來支應一般預算。不是這個意思！

主席

可是你說你經費來源是來自專款啊！為了配合診察費的調整啊！

李副組長純馥

所以操作上會變成說，先去扣掉這個點數調整的醫令，再回頭去補它的點值，這是非常複雜的操作。

主席

這個概念也是不對，就是說專款就是有用途啊！它不能用來調診察費啊！診察費是一般預算！所以，這個樣子預算的挪動顯然是不符合協商的原則。

連代表新傑

我說明一下，第 17 頁，診察費第 3 點山地離島那一部份，其中符合醫療不足的地區改善方案，後面「中第三項」要劃掉，應改為”及”全民健康保險門診總額低點值不足區且點值低的獎勵方案。我們唯一的想法是說，我們希望保障在 1:4500 以上那些區域的醫師數，所以我們把那些的方案，低點值地區的醫師的鄉鎮診察費變成山地離島的診察費，那山地離島的診察費就變成說，我們

醫缺方案跟低點值那個，目前醫缺沒有納入進去 1:4500 以上那些區域的鄉鎮的醫師，他們診察費都是用這個來報，那變成說有兩種情況，醫缺的診察費用就變成這樣子而提高，那當然是影響醫缺的專款的部份的申報的情況，那另外一個我們剛剛在撥的 8000 萬部份，差額 30 點不是醫缺鄉，可是他是 1:4500 的一些區域，公告的那些鄉鎮的診察費，它多的點數又由一般剛剛撥的 8000 萬裡面來支應這個部份，其實只是這樣子，只是呈現是說醫缺專款的部份，因為調整山地離島的診察費而受到的影響，並沒有變成一般的總額，所以我的意思是這個。

吳代表玉琴

再釐清一下，因為支付標準是常態，那專案是專案。如果明年沒過的話，就沒有了！所以，我不知道為什麼會挪來挪去，如果你這邊的支付標準調整，用的是你一般性的服務，Okay 沒有意見，可是剛剛突然又出現一個專款，你用到專款那邊，專款要加是另外再加，應該是在你的計畫裡面去加，第 18 頁第 5 跟 6 項有提到會用到那個醫療資源不足地區改善方案專款去支應，就亂掉了！懂我的意思嗎？因為支付標準是常態性，如果明年沒有這筆錢，那你怎麼辦？

主席

好，這個部份，基本上預算的挪用要符合協商當時的結論，所以並不是你們覺得這每 1 塊錢，你都可以這樣子挪來挪去，你要怎麼用就用麼用。所以這幾項全部都保留，另外那個品質保障保證保留款的額度那 1 億並沒有用來調支付標準，那是回到一般總額裡面去，我們要來調支付標準只有那個成本指數改變率的這個 8 億，所以這個也請你們回去修正的時候併同研議。如果因此有動到剛剛已經通過的討論事項第一案 1.8 億，要不要通盤的地考慮，兩案好像又有一點點關聯，是不是這個案子我們先保留？今天不太容易去討論，可以嗎？其實你們的診察費多數都已經變成 285 了！不是 250！所以這個主要重點是從 285 調到 315，對不對？並不是那個 250 調到 260。好，這個案子序號 1 到 6，這六項全部保留。我們從第 7、8 項開始來看。

林專門委員淑範

第 19 頁序號 7、8、9、10 是同一個性質一起報告。全聯會認為現在支付標準裡面，前牙跟後牙三面複合樹脂填補術的點數是比較相近的，其中前牙是 1000 點、後牙是 1050 點，所以，前牙跟後牙跟單面跟雙面必須要跟三面點數是相近的，目前在後牙的單面是 600 點，雙面是 800 點，全聯會建議前牙部份，序號 7、8 或是 9、10 均調增 50 點，由現在的 450 調到 500，600 點調到 650 點，署裡面對這個沒有特殊的意見，以上！

主席

好，有關「樹脂填補」這部份，事實上，會調整的理由是什麼？是因為我們有錢就來調，還是因為它的成本，真的比較高，是誰可以來負責說明這一塊。

李代表明憲

主席還有各位委員，有關這個前牙跟後牙樹脂到現在 20 年，給付也沒有調過，這個成本指數是因應，前牙跟後牙三面差 50 點，而前牙跟後牙單面卻差了 200 點，雖然我們只是唯一調升了 50 點，部份反映到醫院材料的成本，因為現在樹脂其實都已經不是在 20 年前那個材料的成本，那以上跟大家在報告。

主席

好，謝謝！大家有沒有問題？前牙跟特殊狀況的前牙，這邊寫”特殊狀況”指的是身障嗎？要不要改清楚一點，如果是身心障礙就寫”身心障礙”。

林專門委員淑範

主席，因為支付標準名稱叫特殊狀況的前牙複合樹脂充填，可是備註一，有特別說明這一項是用在特殊醫療服務試辦計畫的對象，化、放療的醫療患者，所以它在備註欄裡面有比較詳細的說明。

主席

Okay！好~那這樣子可以嗎？備註欄有說明這樣就比較能理解。好~這兩項的修正大家有沒有意見？

吳代表玉琴

主席，我這邊有意見，但是不曉得它的財務來源是哪裡？因為這邊沒有說明。

主席

這個是非協商成本指數改變率的 8 億預算支應，對吧！這裡共要花 1 億 5 千萬，前牙是門面，你們前牙的複合樹脂要給人家弄好看一點！技術還要好一點，所以我們願意多花一點錢，拜託你們把人家前牙補得好看一點！好，接下來 11 項。

林專門委員淑範

第 11 項是牙齦切除術，這個在前面第 7 頁的第 1 項是 91013 牙齦切除術，剛才有提到它備註要內含麻醉費，故從現在的 300 點提升到 330 點，所以我們這項就沒有意見！

主席

好，謝謝！這個要內含麻醉費，所以要加點數！好，我們也沒有意見！那就通過！再來是 12 項。

林專門委員淑範

12、13、14、15 共有 4 項，連同等一下我們會討論到的第 23 頁轉診診察費同樣的性質，總共有 5 項是轉診診察費，那前面這 4 項是現在已經有的診療項目 50 點，那後面第 23 頁是新增項目，全聯會建議從 50 點，調升到 200 點。署裡面對這樣的調升有幾個看法，第一個是現在規定裡面，轉診就應該交付轉診單跟病歷，因為相對西醫基層或是其他部門並沒有這樣特殊項目，如果要調升轉診診察費必須有幾項的品質提升的措施，第一個是需提供病患跟家屬一個完整的諮詢內容記錄；第二個要準備轉出病歷摘要、相關檢查(包括 X 光)、提供轉入院所；第三個必須確認轉入院所，而且協助掛號，讓病人可以到那個院所就醫。以上說明！

主席

好，這個部份是建議，不曉得全聯會有無意見？

蔡東螢醫師

主席，健保署這邊的意見，我們非常認同，但實際執行的狀況，其實有一些困難，第一點就是說準備病歷摘要，我們在台北市的病歷摘要自費項目大概是 650 塊，如果還有加計 X 光片，要 copy 用成光碟片或是什麼樣的形式，要另外計費，我記得 X 光片好像是 100 塊，所以這樣加一加就 6、7 百塊了喔！還有就是確認轉入該院並協助掛號，實際上是有困難的，例如自己要去看心臟科，因為有點心律不諳，要掛進去台大，其實還是要透過很多關係才有辦法進去，不一定隨時可以進去。如果說我們要幫他轉一個 inpatient，作水平智齒拔除，我自己在北醫當兼任的口腔外科醫師，要轉過去的時候，他們都會跟我要病人的 ID number，還有行動電話、姓名，有一次我轉過去一個女性，把她的這三個資料都給他們，結果她們小姐在北醫的口腔外科再去跟病人確認時間的時候，她先生接到，就很生氣說，我為什麼要把她個資給他們，所以個資是一個問題。然後，一般的醫師如果沒有像我有這個資源，她要轉 inpatient 水平智齒要到新光醫院，或是其他大醫院，其實有一些醫院是排不進去的，所以我們在協助掛號的這方面，其實是有執行上的困難。病歷摘要方面，我覺得如果是簡單的病歷摘要，可以整合在轉診單裡面，那是可行的，所以，健保署這邊的意見，其實我們都很認同，但是執行上確實是有困難，我建議把內容已經很詳細的轉診單，加入一個簡單的病歷摘要，然後儘量協助病人掛號，不要說一定要我們去幫病人掛到號，才可以得到這兩百塊的費用，如果說很堅持我們要這樣子做，就是健保署的意見完全都不改的話，那我們原來的轉診費用 50 塊，我個人診所轉診統計，大概都是個位數，我僱用的其他醫師，其實對於轉診這個都是興趣缺缺，全聯會有統計一年只有幾百萬而已，其實這個轉診制度，大家沒有很認真地去配合，如果說我們把它改成 200 塊，依照健保署建議 3 項規定都要做到，

那我想我自己診所的醫師大概連這兩百塊都不會去要，我們就直接說你去大醫院就好，我們連轉診單都懶得填，所以，目前全年的 500 多萬大概都會變成 0 或接近於 0，所以，我建議說我們是儘量協助掛號就好了，然後我們的轉診單內容做得更詳細，再加入簡單的病歷摘要，這樣子，就可以了。

主席

好，謝謝，還有沒有要補充的？沒有，醫管組這邊有沒有要回應的？有沒有？這個轉診如果要提高到 4 倍的價錢，不是 4%，那有增加什麼服務？而且牙科的轉診，理論上，有些是平行轉到專科醫師，有些是轉到醫院。對不對？這個項目叫做轉診費用，這樣有真正達到轉診目的嘛！如果我們要增加 4 倍費用的話，病人要真的轉診成功，才有達到目的，因為增加 4 倍嘛！如果牙科可以好好建立轉診制度，我們也樂觀其成，可是現在顯然看起來是兩手一攤，就是你也沒辦法幫助什麼，那我們增加 4 倍的理由是什麼？因為轉診這個動作，理論上是專業的交接，對不對？協助病人順利轉診，至少專業要交接，不管你說你的轉診單上加病歷也很好啊，但是至少你要把病人做一個專業跟專業之間的交代，才叫做轉診啊！如果能把病人轉診真正做到專業交接，那你要增加 4 倍費用，我也很贊成，可是現在顯然好像不太可能做到，是不是這樣？就算你打個電話給轉診的醫師，這樣也有困難！你們現在 90% 都是開業醫師，特殊的專科醫師也是診所跟診所之間可以轉診！是怎麼樣的情形？如果轉到醫院，更應該有管道啊？

陳代表彥廷

轉到醫院是跟醫師聯繫，她也沒辦法跟你講說要什麼時候來？也是從掛號系統來，所以我是認為這樣的轉診，當然如果你有資料下意味你要轉過去，可以跟她聯繫，這是對的，另外一個就是你必須要確定是她可以有地方可以去轉，而不是我們現在多數的案例，根本沒有透過這個管道，就去醫院自己去看或找別人看，所以我們擔心的是，這樣的人沒有得到適當的醫療，所以我們不是針對於那個，我們不是說轉診費用增加幾倍的問題，而是目前這樣的情況，醫師不太願意去轉診，我們現在要要求的是說，醫師要確定說往哪個地方轉，那他未必能夠成局，但是你有一個責任，一定要幫他去想辦法！所以對我來講，我就會去聯繫一下，知道哪個醫師在哪個地方有看診？而不會說很空泛的，讓你自己去哪邊找了。

主席

所以，我們是不是必須要在這個備註欄裏，稍微敘述轉診要做到什麼程度，而不是只是點數增加 4 倍，然後診療項目也叫做轉診費用。

陳代表彥廷

就是協助病人得以至轉入的院所就醫，我講的比較空，不是那麼死的，你要

幫他掛好號。

吳代表成才

我想病人到醫院來，就算沒有拿轉診單，他來掛號都是可以看的，這也造成目前診所轉診來的，並不會拿轉診單，只是說你到醫院去看，說那邊可能設備好一點或技術好一點，病人就來了，所以，在這種情形之下，才會造成目前轉診加成制度，醫院端真正得到這個加成的，事實上並不多，那麼修訂這個點數，是希望朝鼓勵診所醫師多開轉診單的意願，但是最後這個病人是不是有拿著轉診單，而且進到醫院給看診的醫師，因為看診的醫師要能夠去申報轉診加成需要拿到這個單子，所以今天，我不曉得這個修訂的結果，有沒有跟這個連結在一起？就是說這張有開的單子，是到了這個院所，他才會有 200 塊的價值產生，如果有，我相信他應該是會比較有效，如果沒有這個連結的話，那可能意義也不大！

龐組長一鳴

上一次會前會就講，這不是 200 塊，還要加診察費 285 塊，將近 500 塊，民眾去就診，然後醫生說對不起，我沒辦法處理就轉診，然後健保可以申報 500 點，那這個行業不是太好了嗎？

蔡東螢醫師

這種狀況本來就不多啊，所以為什麼會轉診的 case 這麼少？第一方面是他的誘因，我們也是需要依照層級讓病人去就醫，不要小病就到大醫院嘛！那大病比較特殊的醫療才到醫院喔，像我們一些根管治療或水平智齒，如果沒辦法解決的，才需要轉到大醫院。如果說有一些根管治療通不下去，你還是要硬做，病人沒有一些 dental IQ 比較好，你也不知道，所以，如果說大家都知道這個轉診制度，對病人是好的嘛！那我們要來鼓勵大家寫這個單子，然後達成醫療分級的目的，讓病人分流，我覺得這個是必需的，如果大部分的人因為 50 塊給付太少，我們把它用成 200 塊然，讓它有這個誘因去填這個單子，然後把病歷的摘要詳細的填寫，我想這個對於我們醫療分級很好，對病人的醫療也有保障，所以，並不是從我們看 50 塊變到 200 塊 4 倍，這麼單純拉喔，我想應該是整體來考量，以上。

主席

好謝謝，那還有沒有其他人要做補充？來請。

杜代表裕康

我講一下，我在英國的醫院裏，服務過好幾年的時間，英國的轉診當然是比較嚴格的，因為你沒有轉診的話，根本沒辦法去醫院看病，所以它們是一定有轉診。因為我們制度設計上，病人就是要很方便，他隨時都可以去醫院掛號，

所以導致轉診這件事情，一直做不出來，我想這對病人一定是不好的，因為今天病人如果自己去掛號，然後醫院的醫生也不知道過去發生什麼事？那他可能已經照過 X 光片，去的時候還要重照一次，我想這對病人都是不好的事情，所以，如何建立一個好的轉診制度，我想很重要的。其實你說這個 200 加上診察費 500，以我們在英國的經驗，你要轉診一個病人，比如說今天轉來醫院的牙科，你都要寫一封信給轉診的醫生，說我今天看了這個病人，什麼時候看的？發現什麼事？然後接下來要做什麼樣的處置？下一次什麼時候會來看？我想這些是配套措施！也就是希望能夠，今天病人不是拿一個單子，然後被轉診的醫生我們也管不到，那這樣子，還是沒辦法達到一個轉診的目的，所以，我想全聯會再想一想跟醫院怎麼樣建立一個系統，就是說今天病人有被轉診，是不是今天這個轉診單就寄到醫院去？醫院有一份，那他要告訴這個病人說，我會跟你聯絡，你什麼時候來？那這樣子，我想才能把這個轉診制度確實落實，不然，只是開一張單子這件事情本身可能還不夠，但是我同意事實上，光寫這個單子，500 塊你叫我寫，以前在英國每次看病我很痛恨就是寫信，因為這很煩，但是很多主治醫師他病人都可能花一下午都在寫信，因為每個病人都要寫，不是說今天看了就算了，你要寫你看到他有什麼樣的問題，都要詳細的紀錄，所以這很花時間的，以上謝謝。

主席

好謝謝，我個人是非常期待牙科去把轉診制度做好，因為 case 比較少，大家能力都很強，開業醫能處理的狀況很多，真正疑難雜症要到醫院的少，但是每一個需要轉診的，都能做到專業交接！這是給西醫一個非常好的學習，那你要調到 500 我都沒意見，但是這個病人要可以真正地做好專業之間的交接，不管是杜醫師剛剛建議你要寫一封信或者是用什麼管道？讓這個病人不是拿了那一張或者是不拿就直接去醫院掛號，所有診療又重新來過，不知道到底什麼問題到醫院來，病人也講不清楚，這不是專業上的交接，我寄望牙醫師率先來做好，你們能不能在這裡頭重新思考一下，那個陳代表。

陳代表彥廷

剛剛杜醫師這個建議其實很好，另外剛剛吳代表提到的，是不是要確認他有沒有轉診才能給這 200 點，我也覺得某整程度是對的，所以我剛剛講說其實是沒有辦法確認，就是如果各個層級之間有一個轉診的概念，他就有這麼多，那如果我要轉給你，我可能真的把這樣病人同意的情況下，我把我的轉診單給同時傳過去，那醫院那邊能夠接受，他會不會去研究我不曉得，這樣就算完成一件事，就是說當然如果你有認識可以跟她溝通一下病情，或者說那個醫師接到這個病人會問一下他到底怎麼了？這是我們最期待的，其實我們要的是這些拉！

但是我是說有些事的確是，因為我們現在是一個通案的要求，你就要要求要到，當你落的每一個制他就一做得到拉，所以我才會講說你是協助病人的掛號拉，是這樣的意涵，他的要求可能也許到，那個其實就是說，也許就是真的到了你要把我有轉診這件事牆讓對方知道，那對方至少可以跟她聯繫，不要讓他 lose 掉，那我想這一部分是我們得跟各牙醫內部得談的拉！但是的確我們該做這件事啦！好不好？

龐組長一鳴

我們每年案不多，然後誰轉出去，誰收的比較多，我們可以分析出來！你們都知道吧！如果有問題，我們可以幫忙，就是再把這些相關院所找來討論一下，看怎麼改，比較好。

主席

那個我覺得很重要，轉診單還有流程，你不一定要幫他掛號，而是說醫院主動會通知他來，就幫他留號了，那不是很好嗎？要不然這個病人不知道找誰？他到醫院也不一定掛對醫生，你知道嗎？醫院的專科醫師也有不同專業，這個專業的交接是很重要的，要不然病人一掛號，他又隨便給你弄一科，那個醫生一想這個又不是我的，再來一次掛號，所以我覺得真的要把病人一次轉診到醫師啦！才是一個成功的轉診，我不認為我對點數有任何意見，我支持你們用非協商的預算，去把這件事情處理好，但是不能只有一個名稱，這樣真的喪失原來轉診目的，有一種可能就是你錢多了，大家拼命開，開了對病人有沒有好處，而且開了之後，病人有沒有找到對的醫師，去處理他的問題，才真的是這件事情的價值之所在，所以，我想是不是能夠把它保留，你們再商量，來請。

蔡東螢醫師

我同意陳彥廷主委講的，用傳真的方式，然後再來我們在設計轉診單上面，研擬一個病歷摘要，包括這次做了什麼？然後他轉診的原因是什麼？我們會把這些主題弄出來，然後那個院所都需要把這個填寫清楚，然後傳真過去，我覺得，這樣子，就應該初步達到健保署的要求，以上。

主席

好，謝謝，我想很多的概念，是不是公會這邊可以跟醫院這一端好好地再做一次溝通，把這個落實到每一個個案，讓病人不會無所適從，好不好？因為牙科畢竟有專業，真的要 refer 到醫院的應該都是特殊的，看對的醫生才有用，否則的話，醫院的醫師也有很多不同專長拉！你讓病人拿這張單子去掛一個什麼號，他也不知道怎麼樣掛？好不容易掛到的，結果又掛錯科了，對不對？其實口腔的東西，病人是講不清楚的，因為醫生在看是很顯微的，你說病人怎麼跟醫生說得清楚？說不清楚拉！還有掛哪一科？還要再去看看這一個科的醫生是哪一

個醫院有？

龐組長一鳴

而且很多醫院牙科不能掛專科，要從一般開始。

主席

所以你這個是讓 refer 的這件事情，又繞了一大圈，所以我覺得要建立捷徑，好不好？既然你們多數的開業醫都已經專科醫師了嘛！

陳代表彥廷

因為我們後端的是接受轉診，它可以加成，所以我說這就需要兩邊再談，但是我是說它其實沒有真的做不來，它的確是可以！也就是說我們雙向的這個溝通，是有機會，可以建立的嘛！

主席

是嘛！那就期待你，不要這麼簡單過好不好？

陳代表彥廷

但是你要要求到掛號這件事情，或者是…

主席

掛號不一定，掛號喔！

陳代表彥廷

那不是我們能夠同意

主席

不不不，那個已經介入所謂醫院的行政，你不一定要透過掛號！你可以主動讓他留號喔，不是你去幫他掛號。

陳代表彥廷

對，但是這要現在的醫院有機制，我們不曉得…

主席

沒關係啊，所以跟醫院談嘛！好不好？來請。

王代表秀貞(代理謝代表武吉)

那我補充一下，可能是我們社區醫院一直很關注轉診這個制度，其實西醫轉診建立已經很長一段時間，然後前一陣子也才修訂了轉診單的內容，剛才各位包括主席所關心的，這個病人在我們原本的診治醫院裡面發生了什麼事情？它轉診出去應該要希望可以轉診的受理轉診的醫院的醫師可以做什麼事情？在上面都是有欄位，可以讓大家填。至於掛號這個部分，以我們西醫這邊的案例來看，轉診部分是科別跟科別之間是跨科別，在牙科的部分，我想就會在牙科的專業部分某個專業項目要轉給某一個專定的項目，這部分也是可以透過醫院或院所之間本來就有轉診服務，去做掛號的協助。那病人就我們的經驗感覺的是，如

果情況緊急，當然會尋求更急的方式，急診去幫他做處理，但是如果牙科的病人，它本身並沒有特別緊急的狀況，我相信也不是每一個醫院每一個專科每一天都有門診的時間是應該有一點保留，可是一定要有相互聯絡的機制。我覺得主席強調得很好，就是說，一定要有機制是確保 A 診所要轉給 B 診所或 B 醫院的時候，雙方的聯繫是確定要的，不能是說，我單方面傳出去就是別人的事情，我覺得如果是這樣，到時候歸責上面反而會對雙方造成更大的問題！

翁代表德育

不好意思我要說明一下，大家好像把我們牙科轉診想得很糟！事實上，不是這樣子，我想簡單細說一下，我自己在鄉下開業，偶爾也會轉診，第一個我們要把轉出的病人至轉診單裡面本來就有一些科別，我們在科別裡面呢一定會指定哪一個醫師！因為我們鄉下的病人很多還不識字，把它指定好了以後，它這個單子，我們還會順便幫病人打電話過去問，問這個醫師的門診時間，然後那一天的門診時間，有沒有辦法接受現場掛號？其實現在醫院的醫師接受到我們這樣的轉診以後，在看完病人一定會寫一個信來，告訴他們在哪一天看了這個病人，那將來陸續要做什麼動作？其實現在大部分都有，現在問題就是在怎麼樣見諸於文字跟辦法，符合我剛剛的敘述？這樣子才算是一個很完美的轉診，問題是怎麼樣見諸於文字？這個，我們回去想辦法好不好？以上。

主席

好，謝謝，這 4 項連同後面的 1 項，我們就先保留？我們期待看到牙醫把這個轉診的這件事情真的做好成為一個模範生拉！因為你們一直都是模範生！這個也要當模範生，好不好喔？謝謝。那我們接下來 16 項。

林專門委員淑範

從 16 到 18 有 3 項是調增支付點數，主要理由是現行支付點數較低及成本上升，同時有提供成本分析資料。第 16 項口腔內軟組織腫瘤切除，從 1210 調增為 1800，成本分析詳 55 頁；第 17 項頸關節內注射從 400 點調升到 600 點，成本分析詳 59 頁，第 18 項從 500 點調升至 800 點，成本分析詳 63 頁，本項無特殊意見。

主席

好，成本分析表第 55 頁，是現在的成本分，那個項目少所以現在會變高？是什麼項目成本在增加？誰可以補充說明一下？因為醫生用人成本理論上應該都一樣吧？不計價材料跟用品成本，到底是那一項造成我們需要增加到 1800 點？

連代表新傑

我說明一下好了，在醫師成本部分，其實是工資部分，這個點數支付標準 20 年沒有調過，所以，當年的那個薪資的比例，其實就算用最低工資來看好了，

那個也有一定幅度的成長！所以差異在用人成本部分就有相當的成長，謝謝。

主席

因為成長 500 多點將近 600 點，可是用人成本是 720 點，所以 720 點裡頭的 600 點是調整部分嗎？

連代表新傑

那些是一些耗材的部分，包括那個電燒頭的部分，其實還有那個一些縫針縫線的部分，在實務上的部分，費用也是成長的。

主席

大家有沒有意見？

陳代表彥廷

其實這些耗材喔，比如說麻藥，以前一盒大概 300 多、400 多，現在 500 多，這個其實不用特別怎樣，每個項目耗材都成長很多。我覺得可能是所有部門的悲哀，我們現在所有的給付真的都非常低，我們當然不敢奢求跟美國一樣，但是這些材料大部分也都是跟國外一樣的成本，我覺得我們現在只是儘量在做這些調整而已，最理想的狀態，我想這個預算絕對都不夠，都嚴重的偏低了！我們還是選擇一些目前有難度，或者我們覺得比較急一點的先調。

主席

好，謝謝陳代表，陳代表以後還是不要跟美國比，不是不用比，不是難看，是根本不應該比，不應該跟美國比！

陳代表彥廷

但是我們的成本，那些耗材的成本和國外是一樣的。

主席

不是，耗材雖一樣，但是人力成本，還有其他的設備，本來就是物價差很多，薪資差很多，他們一般大學畢業的年薪是 4、5 萬美金，我們年薪是多少？你必須要跟當地的所有薪資水平及所有的物價去比，不能直接拿美國的價格來比。因為你比錯了，所以你覺得好像我們很低，但是我們必須比的是距離，不是比絕對金額！所以，我真的建議不要這樣，這樣只會帶給大家很大的壓力。那你如果變成美國那樣子的話，我們要花多少的健保費用才夠呢？它現在美國一個人一年花 8 千多塊美金。

龐組長一鳴

美國牙醫沒有健保。

主席

牙醫沒有健保，光是西醫就 8000 多塊美金，老人已經不太需要了，但是它一個人一年花 8000 多塊美金，我們花 2000 多塊美金，你要是怎樣去比？所以，

這個拜託拜託，以後如果這樣比，大家都是沒完沒了拉！

陳代表彥廷

我剛前只是說我們不敢跟美國比，那是我的前題！

主席

不需要與美國比！你可以跟韓國、日本比還差不多！然後再去做校正。

陳代表彥廷

我的意思是說，我們這些材料的上漲，其實非常多了！不要說人力沒有成長，光是一個東西就漲了快 1 倍，現在講的這些東西，我們調高的情況還不如它漲的那麼多！

主席

如果你要這些比，台灣一個工程師做的事情，也跟美國工程師做的事情很類似，我們薪水有沒有它那麼高？我們一個公務員，跟美國的公務員也去比一比，可不可以這樣比？各行各業都去跟美國比，不可能！請不要再比這些無謂的比，好，那就這 3 項有沒有意見？好如果沒有意見我們這邊就支持！好接下來，新增支付標準表。

林專門委員淑範

請看 22 頁，序號 1、2 項為前牙及後牙雙鄰面複合樹脂充填項目，牙全會因其治療花費時間及努力成本高，故予新增，本署認為現行牙齒複合樹脂充填已有採多面給付，是否需要再新增，請大家考慮一下。

李代表明憲

主席各位委員，跟大家報告，這個雙鄰接面跟目前我們不管有沒有鄰切面，只要有 3 面大概就報 89010C 不同，這個雙鄰接面剛才主席講了，門牙的門縫填補，因為雙鄰面限制，在填補的時候，它一定要在隔壁鄰居用很多隔片，你才能夠弄給他，患者才會比較滿意！所以，雙鄰接面在操作時真的難度比較高，故比目前的 3 面 1000 點多調了 200 點，然後還是一樣的保固期，只是我們有特殊限制，就是一定要是 2 個鄰接面時，才能夠給付，不管是前牙或後牙，因為這是 OD 復形專科學會覺得它操作難度真的是很高，填補耗費工時跟人力相當貴！以上。

主席

好，如果沒有這項之前，像相鄰面的，你們是報 1 顆一面，另外 1 顆一面，是這樣嗎？

陳代表彥廷

不是，剛剛在講的，事實上可能解釋會有點錯誤，我今天同一顆牙有左邊跟右邊兩個洞同時補時，現在是申報 3 面，事實上它是兩個雙面，填補兩個洞要

分別阻隔開來，要用兩組，而不是我們一般補一顆牙它前面有，後面有跟旁邊有，這個也是 3 面，所以認為這樣的 2 個雙面的，事實上是較複雜，花的時間跟耗材比較多，所以我們增加一個項目叫做雙鄰接面，費用比 2 個雙面的來的低，但是比 3 面的來的高。

主席

比 3 面的來的高？

陳代表彥廷

對，我們現階段報成 3 面，因為事實上是同一顆牙 2 個雙面，應該是 4 面嘛！

主席

對阿！同一顆牙有 2 面，跟人家連在一起嘛！

陳代表彥廷

對對對

主席

他的左邊跟右邊那顆牙，也有一面阿？

陳代表彥廷

對，但是他那顆牙沒有要補！

主席

為什麼？那你相鄰的兩個接面，那一顆應該也有影響到，也要補啊！

陳代表彥廷

如果有影響，它會另外計，但是沒有影響的時候，是單獨的，我們是以牙位為單位。

主席

我看這一項時，我以為現在有些人沒有刷乾淨門牙中間，兩顆就同時被蛀，才叫做雙鄰接面的複合樹脂填補，就是兩顆都要補，所以比較複雜，但是你現在講說是一顆牙。

吳代表成才

我說一下，其實剛剛在講的應該是說，一顆牙齒有兩個蛀洞，但是因為它在同一顆牙齒上面，我們只能夠申報一個 3 面，如果這兩個洞是在兩顆牙齒，在牙醫師來講補這兩個洞，其實是可以申報乘以 2，那現在是在同一顆牙齒上面，我們雖然是補了兩個洞，但是只能夠申報一個洞但是變成三面，現在新增這個項目，是要來解決這個問題。

主席

有蛀就有洞，不是嗎？那為什麼兩個面就補一個洞？

吳代表成才

因為它的洞都在同一個牙齒上面，所以他沒有辦法申報兩個洞。

主席

兩個洞，不就是兩面嗎？

黃代表翰玟

主席，我這裏用個圖來解釋一下，這是一顆牙齒，這邊一個洞，是在咬合面跟鄰接面兩個面，另邊又蛀一個洞可是沒有橫跨，這邊又蛀一個洞，也是咬合面跟鄰接面，那這樣幾個洞？是不是兩個兩個洞集中在一顆牙齒上面，就這 4 個洞，因為它沒有橫跨，那如果是要橫跨的話，你就必須要 MOD，從這邊到另邊橫跨過來，這樣我們用一個 band 圍起來直接剛好補；但是如果是在成這兩個洞，中間沒有橫跨，沒有連結的話，要分兩次填補。因為你沒有橫跨，你不能用 BAND 圍起來，這樣就補起來。所以說，兩個工作集合在一個牙齒上面，這樣就比較清楚了，謝謝。

主席

如果那兩個牙齒都連相鄰，一蛀是蛀兩邊，你一次只能給它弄一顆，回去是很難看的，他們兩顆都蛀，可是同樣一個位子，就是相鄰，就會變乘以 2 了。好吧，你們都聽得懂，好，還有沒有意見？

陳代表彥廷

前牙及後牙雙鄰接面複合樹脂充填的英文名稱中 mesio-distal，請改成 mesio and disto

主席

好，大家有沒有意見？顯然是更好一點喔！據你們這樣講，這些項目是比較困難一點，好，那沒有意見，我們就通過了，再來序號 3 項目。

陳專門委員真慧

本項是乳牙複雜性拔牙，為新增項目，支付 560 點，本項目討論很多年，是否需新增，請牙全會詳細說明。

李代表明憲

主席，各位，有關乳牙複雜性拔牙，尤其是後牙或有殘根，家長會擔心，以前我們在協商裡，要推廣增加本項，一直都沒有過，目前像一般的簡單乳牙，支給 260 點。針對目前的少子化，很多父母尤其在都會地區或其他非都會地區，都會非常的照顧這個，希望能有比較合理的給付，而且它的過程風險係數也高，所以我們希望增加 300 點，區隔出來這麼難拔，像我們這項有 9 項特別的適應症，像很多外傷或是兩個根黏在一起，那個困難度有時候會傷到恆牙的牙胚，所以，使很多醫生不敢看，造成患者到處去流竄，以上，跟大家報告。

主席

好，大家有沒有意見？好，沒有意見，就通過喔。再來，序號 4 項保留了，接下來第 5 項。

林專門委員淑範

本項新增牙醫急診處置費，牙全會建議適應症有 6 項，同時需檢附檢傷分類等級護理紀錄資料；本署有幾個意見，1 是 105 年牙醫總額協商醫療服務利用及密集度編列 1.1 億元，協調各區假日開診服務，2 是牙全年預估本項會增加 1600 餘萬，因恐誘發急診需求，有低估情形，3 是本項治療是 1000 點，高於一般急診診察費，建議以包裹給付，明定內容，不能併同申報，最後請考量其他科及總額支付之衡平性。

主席

好，這個全聯會這邊，有沒有意見要補充？

連代表新傑

我先回應好了，基本上牙科急診部分，署裡是希望限假日，可是我們其實針對的項目有些緊急的狀況，那就算是門診當時的部分，因為有些地方即將醫院的部分，它必須要有檢傷分類，所以那時間其實是有門診，可是它是門診可能會發生到緊急急增的項目的處置，所以我們就認為說不應該限定假日拉，因為我們有個基本的要求就是要檢傷分類以後才能做，而且這是 B 表，大概是 1 月層級以後才能提供的服務，另外一個話，現行的話其實牙科急診的部分那我們再針對第 4 點部分我們有做一些剛剛討論做些，就是說避免重複支付的問題，那我們在建議修訂在文字上，診療項目第 3 點的說明，就不得合併申報 92001、90004、91001C 等項目，那就把這幾項，因為是包含上面的處置都已經相關的內容，就是我們認為不得合併申報這幾個項目，所以大家作一些回應，謝謝。

主席

好，我想請問一下，105 年總額協商的時候有編了一億，是用來處理各院所的假日看診，就是我記得你們有訴求假日嘛，對不對？後來有同意給你們 1 億，是編在密集度裡面，那現在這一個案子，要怎麼進行？是為了解決假日急診的問題。

陳代表彥廷

這個案子主要是針對急診，

主席

因為我知道，先等一下，我說的是你們原來協商通過的那個

陳代表彥廷

假日的部分，我們這個還得經過內部的討論拉

主席

所以還沒有？

陳代表彥廷

目前還沒有，但是我們假日的確有一個案子在研擬當中，就是目前假日有看診的，我們要怎麼樣去讓他維持或者鼓勵院所願意在假日看診，所以我們會內要研商，在明年的評核之前一定要推出來。

主席

因為現在醫院的急診，是屬於牙科的病人，理論上也是西醫先看，是不是？你們牙科醫師並沒有在急診室，一定是 call 你，才會來，有時候牙痛，病人也搞不清楚，是什麼痛啊？因為光是第一個顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者，對不對？但是牙痛阿，就是表示說他突然之間牙痛，止痛藥吃了也沒效，所以就到急診嘛！或者是他牙痛，診所找不到，假日沒有地方看，他痛到不行，就跑到醫院去，那像這種病人到了醫院去之後，西醫就給他止痛藥，對不對？所以真正這個 2、3、4、5、6 適應症的病人，跑到醫院急診，應該會找牙醫師下來了吧！

吳代表成才

可不可以讓我說明一下，我想目前就像剛剛主席所說的，可能有一些醫院已經變成西醫看一看，能解決就解，不能解決就叫他去別的醫院。那麼主要還是在於醫院的牙科要提供 24 小時的急診，這當中所花的成本其實是很難負荷。目前整個的給付上，也沒有針對牙科醫師在這個急診上面所提供的服務，給相對應合理的報酬。今天這個案子，我覺得其實只是開始在這部分做了一點努力，那上面所提供的，也是希望能夠因為這樣的一個誘因，讓醫院牙醫部門，能夠合理的來開始，來接受，不管這個病人來掛號急診室，牙醫師還是能夠出來提供相當多的有關牙科方面的服務，這部分我相信是一個政策的分水嶺。當我們往這方向做的話，相信還是會有越來越多的醫院牙科會比較願意站出來，接受這樣子的任務，如果連這樣的一個措施，都沒有辦法執行的話，我相信我們會有一些同仁漸漸地退出，會變成像剛剛主席所說的，就到醫科的急診掛了號給個止痛藥，你明天再去看，我想那也不是我們所樂見的，以上報告。

主席

這個案子，如果真的是病人跑到急診室，能夠申報牙科急診處置的話，第一個牙醫師要有下來，對不對？第二個你急診室要有診療台，要不然，只是看一看。

吳代表成才

主席，我想不一定在急診室要有牙科的診療台。

主席

不一定？

吳代表成才

當然，因為它如果到牙科看，並沒有很大的很長的距離的話，其實到牙科看是更方便，因為機械、X光的都在，所以要求在急診設牙科診療台，那是不切實際的。

主席

好，那所以牙醫師在這樣子的病人面前，可以做什麼？可以處置什麼？

吳代表成才

應該是說，等於是我們會有一個人 24 小時待命，當有急診患者發生的時候，會來照顧他，就以他做了什麼事情去申報，但是他是因為 24 小時在職，當他執這個班的時候，不一定有病人來，整體來講，我們就希望說，如果有病人，那至少要給一個基本的 1000 塊錢的點數。

主席

所以，你其實這個 1000 塊，並沒有幫他做真正的處置。

吳代表成才

他另外的點數，應該還要再給付他。

主席

對，可是他要做任何的處置，理論上，應該要到牙科的診療椅去。不可能在急診做嘛！所以，你會怎麼做呢？幫他 refer 到門診去做？還是…

吳代表成才

這個是醫院內部自己要形成一個管道，才能夠做這樣的一個申報，這個我之前跟連醫師在談這個事情的時候，其實有一個很重要的概念，就是說這也是一種醫缺，就是說淡月沒有人要看，像偏遠地區是地理上的醫缺，所以我們在醫缺都還有論量、論次計酬，我覺得現在要解決牙醫的急診，至少這是一個起步，不然，很多過去有提供 24 小時急診的醫院牙科，都一直在撤退。

主席

我的疑問是，西醫急診他有一個急診的診察費，對不對？其實，你們就相當是這樣，可是既然類似診察費，你這邊寫的是處置費。

連代表新傑

不好意思，這是處置費。

主席

診察費另外再算嗎？

連代表新傑

這不是診察費，這都是處置費。

主席

那你處置做了什麼相關的處置？

連代表新傑

第一個，口腔外傷導致牙齒脫落、斷裂，我們就必須要復位，所以復位的處置是內含，出血必須要止血，止血的處置。

主席

內含在這 1000 點裡面喔？

連代表新傑

對！所以止血的處置內含。

主席

所以不能另外再報？

連代表新傑

對，止血沒有，關節的復位也是內含在那個 1000 點裡面，

主席

那你這樣子太摳了吧！做那麼多事，但是裡面並沒有說明，我就不知道你做了什麼處置啊？不太懂阿！

翁代表德育

主席，我來解釋好了，先從我們這個前因後果來說明，第一個，其實為什麼會很推牙醫急診的一個處置，原因是當初我們在推的一個計畫，希望全台灣所有的民眾，不分區塊，都能夠 24 小時牙痛時，有牙醫師可以幫他服務，這是我們推牙醫急診處置的一個初衷，所以我們在全國設立 25 個點，這個基層院所不可能 24 小時，我講的是 24 小時你在這 25 家醫院，一定可以找的到牙醫師來幫你做牙痛的服務，我覺得這個已經是一個很大的承諾了！第二個，就是說本署意見裡，我希望能調整一下，這個編列 1.1 億元的經費，不是用於協調各區院所假日看診服務，只是醫療服務密集度改變其中的一個項目，所以我建議一下喔，再來就是回到，我們憑什麼要讓醫院的牙科醫師有這樣的意願，跟有這樣的成本概念，讓醫院牙醫師可以來提供這樣的服務，我們發覺現在的支付標準表，沒有一個項目是 for 牙醫的急診，那診察費是一定要跟西醫的急診診察費掛在一起，所以要一樣，但是我們牙醫所有的急診的處置裡面，並沒有辦法在我們現行的支付標準表點數裡面呈現出來，另外急診處置裡面講的就是什麼？就是你要設立一個牙醫急診，要有相當大的一個成本，尤其是牙醫師的人力方面，所以希望有一個比較低的 minimum 基本處置，但是你這個基本處置起碼要以下這些內容，當然其他還有很危險的，很 trouble 的東西，還是適用於其他

相當的點數，我們不會虧待醫院醫師，這個計畫，就是這個樣子來的，以上。

黎代表達明

主席，對不起，牙科的急診目前在台灣前一年統計還有差不多 29 家、28 家，今年剩下 25 家，這個在成本上面，確實是讓所有醫院退縮的一個位置，因為很多的醫院不少醫科的急診他們是有一定的量，一定量的出現或是一個來源，牙科的急診部分，剛剛我們看這個支付標準上面，有一個所謂標準的，應該可以看病的指標，就是說這些項目，剛剛主席問的部分是牙痛，那是不是牙痛就要拿掉 1000 點，我想不是這樣的講法，我想說現在可能碰到問題，是說牙痛常常是痛的問題的解決，可能大家都有經驗，光打一個麻藥止痛，是不是一定可以解決？不一定，所以常常會有一些其他的處置方案，剛剛連醫師有提到的部分是一些基本的除外，以我自己的了解，就初步的一些傷口的處理，或者是一些簡單的縫合，或者是一些簡單止血的動作，或者是我們在打開牙髓腔的動作，類似這樣的動作，可能就會包括在裡面，但是假如那個費用超過這個金額，我相信沒有一個醫生願意用這個項目來申報，那就是連同申報跟分開申報，可能是署裡面關心的部分，這個部分，我們可以跟全聯會再做仔細看看，但是這個基本費用，我認為是現在所有的牙科給付，剛剛翁大夫有提過就是說，所有的項目目前沒有為急診做這樣的給付，我們大部分的急診申報費用都是交 500 多塊、600 多塊，因為這樣的費用，其實對牙科醫師來講真的很訝異、很壓縮，他花的時間、他花的能量、他花的值班費完全無法 cover，現在等於是我們把它改變過來，用一個這樣的處置費用，一方面是有一個包裹的作用，另外一方面是有部分提升了效果，希望能夠達到更多的醫院願意再到這部分的投入，以上謝謝。

主席

好，謝謝，還有沒有哪一位要說明？

陳代表彥廷

固然，現在有很多的急診是給了止痛藥或是叫它做一個…，但是事實上有很多的牙科是沒有辦法就止痛藥控制得住，所以主要是這一部分需要有牙醫師，比如說緊急髓腔開擴，所以我想它還是有必要存在的。我們現有因沒有針對急診的牙科的處置內容，所以他們除了給付診察費以外，之後只有牙科的緊急的處理，目前是 92001 的 50 點，90004 根管治療的齒內治療緊急處理 100 點，或者牙周緊急處理 150 點，其他的部分都沒有辦法去申報，所以我們建議列了這個基本處置，至少你在這些點數很低的部分你可以報這些費用，至少有個一千點，那我想，其他的結構都沒有改變，它也不會因為這樣而誘發大的量出現，也沒有真的實質鼓勵到，但是至少這是一個比較合理的，開始在做這個處置有急診提供的時候，基本的費用就是這樣，我覺得這樣是合理，它不得併報的話，

我們會建議把 92001、91001 跟 90004 這幾個項目放進去。

主席

謝謝，這一項我們並不是反對，是贊成的，只不過真的寫得不清楚，因為名稱叫做急症處置，但是你寫了適應症，處置的內容完全沒有寫，剛剛講的復位、縫合、開髓等就是沒有寫嘛！不知道這項目到底要含什麼？第二個，這種病人進來，如果真要縫合，真要復位，沒有診療台，可以做嗎？它在急診可以不要診療台就做？因為通常醫院好像，我不記得，可以不要，是不是？對嘛，我現在要理解，就是說你這邊講了很多可以做的處置，真的可以在急診室做，那才有意義啊，否則，你給病人什麼處置？就等於沒有嘛，那這樣子的意義就很小，因為這個病人就是真的很可憐，才會去急診，而且他的問題很顯然西醫沒辦法處理，一定才把牙醫師找下來，那牙醫師找下來，就要有解決病人的問題。如果覺得太複雜，我相信也不會在急診做，對不對？如果它是癌症、腫瘤等，背後有很多的問題，怎麼敢在急診做呢？那現在急診的環境，顯然也沒有牙醫診療椅，那你們現在做的這一些事情，是不需要診療椅，也可以幫病人做緩解，是不是？

陳代表彥廷

有些項目它一定要有診療椅或至少髓腔開擴就需要，所以我說，要看各醫院的設施，如果馬上上樓，就可以到牙科裡面去處理了，那我現在是中午的 12 點半，你算它不是急診嗎？它是急診阿，也有需要做緊急處理，那我急診室裡面沒有那個診療椅，但是我醫療大樓裡面有阿，我還是利用這個時間把它處理，各醫院都會有排班的人做這些事啦！

主席

所以，它還是要到有診療椅的地方處置。

陳代表彥廷

如果有這樣的設備的時候，就要那個設備，才能做這個項目。

主席

所以，你是一千點，想要涵蓋它做什麼事。還是說，看一看，然後就說你下午再來掛號，應該不會吧？這樣就不會被認同嘛，對不對？但是你現在是個空白喔，最好補充說明，好不好？這樣大家比較能理解嘛！因為名稱叫做處置，那處置是什麼？因為只有寫適應症，可以處置是什麼？因為病人進來，應該還是會報一個檢傷分類的診察費。那其次是緊急處置，對不對？是不是你還是會報診察費嘛，另外報診察費，然後再多這個嘛，否則它沒有什麼太好的嘛，那就是它想要做事，也因為沒有碼，它就不做了，那也很可惜啊，好不容易下來了，對不對？這一項就暫保留，再把它寫清楚，好不好？我們原則上，支持你們做這件事情，好不好？OK，第二案就討論到這裡，那些暫保留部分，可下次再重提。我

們現在是 4 點 45 分，請問我們要進行第三案嗎？還是要延到下一次的臨時會再討論？我們可不可以有共識最多再討論一案？也不要弄太晚，可以嗎？好，我們就進入討論事項第三案。

第三案 修訂「105 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」

李副組長純馥

牙全會過去都會先說明修改什麼，本案讓牙全會先說明，我們再說明我們的意見，這樣比較會快一點。

羅代表界山

那個我們這一次用 89 頁那個對照表，來比較說明，89 頁第 3 項實施期間修正，第 4 項年度執行目標的服務人次也做修正，要一樣一樣講嗎？還是我們先整個講完？

主席

第 4 項是服務人次增加，本署有意見，請說明。

李副組長純馥

我們同意，因為我們估算費用大概足夠支應。

主席

OK，所以增加人次沒有問題嘛！好，那接下來，

羅代表界山

然後第五項預算來源照修正。

主席

好，這個沒有意見，再來。

羅代表界山

中間沒有修正嘛，再來就是第七項適用的對象，我們希望是說能夠開放適用障別，讓服務的人次能夠對應，因為現在適用比例，如果照現在的障礙類別大概只有在 39.42%，我覺得我們的立場如果能夠服務越眾多身心障礙患者，能夠造福他們更多。因為障礙類別受限比較多，當初這個障礙類別因經費使用是不足夠的，所以才針對比較急需，比較重症，比較急需要治療的對象，作為適用對象。現在如果能夠在經費允許的狀況下，能夠開放越多的人適用在這個障別，我覺得能夠造福越多的身心障礙患者，以上。

主席

好，醫管組這邊。

李副組長純馥

我們看 91 頁本署意見這邊，我們有去推估你們開放的這些人，這邊有提新

增重要器官失去功能者，統計 103 年重要器官失去就有 14 萬人，另外重度以上殘障大概有 33 萬人，我們有點擔心是你們一次放這麼寬，會不會影響到原有真正比較需要被照顧的這一群人，因為真正需要被照顧這群人，牙醫治療反倒是比較艱困的，比較好做的，你開放那麼多，顯然相對來講沒有那麼艱困，因為據我所知，很多只要摘取部分器官，也叫做重要器官，就會變成是這個障礙的人，其實，牙齒的就醫上並沒有這麼困難，這樣會不會衝擊到這個計畫需要照顧的人。

羅代表界山

那我們是不是希望還是針對只開放到重度器障？因為重度器障是台大他們提出來的，他們認為在臨床上面執行上，這個風險性是比較高的，所以他們認為說這個對他們是有需要的，所以，是不是只針對那個重度器障的部分開放，其他的還是不要開放？

主席

OK，這裡頭限重度以上肢體障礙就要恢復了，對不對？再來，重度以上視覺障礙也要恢復，只有新增重要器官失去功能者，對不對？你的重度器障是什麼意思？重要器官指的是那些器官？

羅代表界山

它在那身心障礙的分類裡，寫得很清楚。

主席

可是身心障礙，事實上一個器官喪失就算身心障礙，譬如說子宮切除，也是身心障礙，問題是子宮切除病人看牙並無任何障礙。

羅代表界山

子宮切除不會拿到重器障別，重器障只有心臟、造血機能、呼吸器官等。

主席

OK，那我們就限這些重要器官，是說明欄的三，對不對？好，我們就把它寫清楚，我們就不要開放輕度的肢障，只有新增重要器官失去功能者，就比照身心障礙的重要器官的定義，好不好？好，接下來。

羅代表界山

接下來在 92 頁的部分，就是針對那個社家屬他們設置據點作文字的修正。

主席

社家署現在有補助老人福利機構口腔診療嗎？那個老人福利機構的病人是哪一種病人？是一般健康的老人嗎？失能的老人已經補助了，是不是？已經有補助設備了嗎？那有沒有社家署補助設置口腔診察服務據點之老人福利機構，都是重度失能的病人嘛，是不是？失能的老人嘛！好，大家有沒有意見？這裡面，醫管組

的意見是什麼？

李副組長純馥

因為這個計畫基本上是特殊身障的計畫，所以要開放到老人這一塊，我們不反對，可是還是要限定是失能的老人吧？因為現在顯然社家署那一塊，還沒有決定要給哪一些機構？所以，我們也不知道裡面到底多少是屬於就醫無障礙的老人？如果這樣，會不會跟前面一樣，你開放一堆很好，比較相對不那麼困難的老人，可能會去衝擊到原有的病人。

羅代表界山

我們看法跟貴署的看法是一樣，因為它掛在身障計畫裡，所以，我們覺得還是要限定在失能老人比較適當。

主席

是阿，可是現在這邊設服務據點的老人服務機構，都還沒出現吧？部立的老人機構我們本來就有了，我們原條文裡面就有，是指部立的老人福利機構，是不是要等到真的新增之後，我們再來新增，會比較好？因為我們要 review 一下她的新增，是不是真的都是，因為它放在這個計畫裡，它必須是失能老人。

吳代表玉琴

但是我們講，應該是社家署很清楚跟健保署這邊的合作，一定是針對失能的長者，不會是安養健康的長輩，因為那一塊就是讓它回到社區。

主席

所以，必須是她先有補助設據點，我們才有給付，那現在他還沒有，今年有了嗎？還沒有建設完成，OK，那這樣可以嗎？已經有了嘛，這樣就可以，並不是完全沒有嘛。

羅代表界山

我們完全照現在已經有的先寫，如果明年社家署再開的時候再考量，因為那名稱還沒有確定，你現在寫下的，不一定是正確的名稱。

主席

所以正確名稱是什麼？

吳代表玉琴

可是你前面這邊已經寫社家署補助設置口腔診療診察服務據點的老人福利機構啊，這個就是社家署會去框定那些服務的單位，所以應該是社家署那邊要先把關，跟我們這邊的對象是符合的。

李副組長純馥

我可不可以再釐清一下，牙全會當你們在部裡面跟社家署溝通這件事情的時候，因為 suppose 機構雖然有收失智能老人，我相信有一些並不一定是失智老

人，可是我們的計畫裡面原來的條文就是寫失能老人，才去講說在哪一些機構。因為，我們現在並沒有擴充到失能機構設置，沒有拿到社家署補助的，或是社家署本身附設的，就是部裡面附設的嘛，我們目前沒有那麼廣，那我們的標頭寫失能老人，其實你們去到那個機構，可能會看到一些正常，一般的案件，不會報到這裡來，所以，要釐清這一塊，如果要這樣的話，你們跟會員的溝通也要這樣，我覺得這樣寫，就比較不會有大的爭議。

主席

就是還是在這個計畫裡叫失能老人，其他如果不是失能，也在這個機構裡面的老人，你提供服務那就是一般，好不好？這樣可以嗎？可以喔，那這個就照你們的文字修正，好接下來。

羅代表界山

然後在 93 頁學分的部分，因為我們每一年要繼續再教育課程，我們就是把那學分的定義，寫得更清楚。

主席

好，這個部分我們沒有意見，就照修正，再來。

羅代表界山

我們沒有修違規的部分，但貴署意見部分你們要講嗎？

林專門委員淑範

主席，這個我來說明好了，在 93 頁對於違規認定的時點，為讓分區作業有一致性的作法，所以我們在原條文後面，再增加以保險人第一次發函處分之停止日起算，這停止日期包括行政救濟程序進行中尚未執行或是申請暫緩處分的，這樣文字寫得比較清楚，分區執行上比較一致性，這是我們的意見，

主席

好，這樣可以嗎？可以，就麻煩修正，接下來。

羅代表界山

再來第 94 頁也是針對學分的部分，我們把它寫清楚。

主席

好，沒有意見，就通過，再來。

羅代表界山

再來第 95 頁也是定義的部分

主席

照剛剛的，這個就是已經擴充到社家署補助的據點了嘛。

羅代表界山

抱歉，在 95 頁部分，貴署在第 1 點最後面方得提供牙科醫療服務後，增加

牙醫醫療團之醫療務每個月應將服務機構內保險對象名冊，報經保險人備查部分，因為在特管辦法裡面有，可否請你們把文字修改成依特管辦法來進行就好了。

主席

這醫管組可以嗎？

李副組長純馥

可以

主席

可以，接下來。

羅代表界山

再來 96 頁的部分，也就是針對計畫名稱做修訂，

主席

好，可以嗎？大家沒有意見就通過，接下來。

羅代表界山

再來是 97 頁，我們也就是把那個個案的部分，我們把它寫清楚，

主席

是，有沒有意見？

林專門委員淑範

主席，還是要解釋一下，其中有一個比較變異，改變比較大的地方，是在 97 頁修訂後條文，大家可以看到括弧 1 最後面，原來有居家照護病患須由醫師轉介，全聯會建議刪除，那刪除是說用民眾的需求來看，這一點我們署本部沒有意見，就是同意他們刪除。

主席

好，謝謝，那就直接通過了，接下來。

羅代表界山

再來就是 98 頁的部分，就在到宅牙科設備攜帶的部份，我們寫成建議。

主席

就是到宅醫療增加建議如，是不是一定要，就不一定了，好，這個我們尊重專業的判斷，就通過了，接下來

羅代表界山

再來第 99 頁部分，這個變動比較大，就是給付的方式，我們稍微做了一點點修正，因為到宅醫療交通時間可能在 1 個小時，大概設置設備要 1 個小時，實際執行大概頂多再 1 個小時，所以為了避免給付不是很合理，執行的意願不是那麼高，所以我們就一次費用把 1900*3，給他們 5700，希望看他們認為費用

給付會不會比較合理，執行的意願會不會比較高一點。

主席

這個 5700，因為你們是寫論次嘛，也就是說它論量還另外在核實申報？

羅代表界山

就沒有論量了

李副組長純馥

那這樣子，是不是要寫清楚，就是論量+論次，一次個案一次包裹給付 5700 嘛，很高喔，現在西醫的在宅才 1000 多塊。

羅代表界山

我們交通跟西醫是一樣的，但是他們器材設置，還有他們配置人力也會比較多一點。

龐組長一鳴

交通我們西醫改成有距離拉，有社區化，因為我們現在觀點還是停留在大醫院醫學中心出來，有距離的問題，像台南就沒有啊，台中過去就逼近 3 個小時，

主席

而且我覺得你們帶的東西也是未免規格太高，人家都是帶簡易型的，你弄得規格那麼高，然後要拿那麼多錢，這根本就不易推廣！

羅代表界山

不是要求他們帶的東西一定要很多，但是我認為是說如果安全性要夠的話，東西還是備著，會比較好一點，你多帶，總比沒有帶會好，但是我們還是尊重醫生的專業。

龐組長一鳴

大部分都放車上，坦白講。

羅代表界山

沒有啦，都要拿下去，放車上，到時要用的時候沒有，再跑到樓下去拿，就來不及，所以還是要求他們都帶下車。

主席

我看日本的在宅醫療沒有像你們這麼重裝備，真的要研究一下，根本這怎麼推廣嘛！上次你們有醫生從日本回來報告，我看那照片，各方面能夠做的事情都很有限，而且帶的東西真的是很少！

羅代表界山

其實日本在宅大概都只做口腔清潔。

主席

本來就是，你現在去，也大概就做這些，你只是怕意外，帶一大堆東西去。

羅代表界山

但是，口腔清潔是最危險，有水耶。

主席

是啊，我們也告訴過你們啊，那你們就硬要做啊，而且如果真的只是去幫她刷牙，你也可以請看護幫她刷牙，那也是每日多久幫要她刷一次？對不對？真是邏輯有問題。

李副組長純馥

其實是點數，可不可以參考一下，我們有去跑過去在宅一個 case，平均大概是一次出去 2690 塊，論次+論量，我們就是 2690 再加論次的 1900，也沒有到 5700 點，大概約 4500 點左右，那你一次要調到 5700 點，我意思是說就是 evidence 在哪裡？就是你們用什麼樣的觀點去…。

主席

我覺得這不是錢的問題，根本這樣子的規格就是不對。

羅代表界山

但是，如果我們把行政障礙，如果把費用給付的部分都排除了，如果服務量還是真的做不出來，那我們當然是應該去檢討退場機制。

龐組長一鳴

那是說服務量不夠，還是錢不夠，如果你付那個個案 100 萬應該夠了。

羅代表界山

大概就是這樣子了拉，不會一直無止境的上去，

主席

5000 多塊，這是什麼行情？是去據點，幫他清潔牙齒而已，昏倒了。

徐代表邦賢

對不起補充一下，因為禮拜天有跟余教授去討論過，他們是實際操作者，這 5700 裡面，第一個包含交通費，第二個護理師費，因為到宅要求一定要護理人員，不是助理而已，因為這辦法裡面，已經鎖死是護理人員，那第三個呢，他們自己怕醫生自己扛重物怕受傷，因為有些到宅是老舊公寓在五樓，所有東西，醫生都要自己扛上去，即使司機給你載到門口，也不是護理人員扛，都是醫師自己扛，所以這個 5700 點裡面最主要是包含所謂的交通費。

主席

有問題嘛！你真的這樣，要怎麼做事情？我覺得你整個邏輯都要重新建構，不是這樣搞的，人家國外的在宅醫療很 popular，就不是這樣做的，你做成這樣。

吳代表玉琴

你剛剛醫療院所裡面醫師的資格也有問題，在前面 97 頁的第三點，他那個項目裡面是框了全部都是醫師公會、醫院，沒有診所。

羅代表界山

那意思是要開放到一般的基層院所？

主席

那要去訓練啊，而且就近，社區化 啊。

羅代表界山

可以啊！我沒意見，我只是一直都擋很多東西。

主席

你幹嘛要擋，奇怪了，我跟你講整個在宅醫療，剛剛龐組長說要不要給 10 萬塊啦。

羅代表界山

這不是無底洞。

主席

不是那個，是不是值得，都已經是個問題！真的，牙科在宅醫療要重新思考，真的不是這樣搞的，這個你叫做便宜行事的作法，你知道嗎？你以為這樣就解決了嗎？就無法解決啊，不然剛剛那位徐醫師就說，人家要扛那麼重設備，扛了會受傷，光這一項，就沒人要去了。

羅代表界山

叫他 5700 扣 700 請一個挑夫來扛。

主席

再請一個挑夫？根本不知道，在幹嘛啊？

吳代表玉琴

剛所謂的交通費，如果在社區裡面，交通成本就不會那麼高，所以都是用醫學中心的概念去服務，其實說，這樣不對。

羅代表界山

其實在嘉義的個案，都是中山在收治的，他們非常的遠。

主席

所以，你就是故意把交通成本弄那麼高！你怎麼會叫中區的醫學中心派一個醫師去南區家裡幫一個病人洗牙？簡直是不合邏輯的做法嘛！

翁代表德育

主席，因為羅醫師他做事很謹慎，所以基本上的初衷，只是說到宅醫療開始這幾年，不要開放給基層醫療院所，我知道看起來，想法是跟大家所期待的不一樣，所以後續這些光怪離奇的事情也會很多，其實原因只有一個，就是到底

是一個 popular 的東西？還是一個重症的東西？因為我們原先是 for 重症的這些 case 去做就好了，現在是既然要比較 popular 的東西，所以，我們沒有辦法，只好回去修那一條，就不能限制醫師的資格啦。當然我們還是要來做一些訓練，不是說沒有限制就沒有一些訓練，當然也不行啦，是不是說，還是得回到那一條，大家來討論一下，不然這樣子，我們就是 for 那些東西來設計的，大家都會覺得很奇怪。

主席

你已經走進死胡同了，那一句叫光怪陸離，這再做下去，就不是錢的問題，羅醫師只會作加碼動作，還能做什麼？不行啦，你就不能再這樣了，

羅代表界山

你的動作出來啊，光怪陸離出來啊

主席

光怪陸離對不對？那個有關居家的全部都保留拉，整體評估之後，再來決定該怎麼做，好，接下來。

羅代表界山

再來就是第 100 頁的部分，他有一個訪視費，我們編了一個訪視費，因為我們要求他們在做之前，要先進做口腔的評估，還有釐訂治療的計畫。

主席

這還是在宅嗎？對不對？拜託你完整弄好之後再來討論，在宅的全部保留好不好？後面還有什麼？

羅代表界山

然後再來第 101 頁的部分，這也是名稱的部分

主席

這個沒意見，好不好？好，再來

羅代表界山

102 頁沒有，103 頁…

主席

這個文字修正的吧，是不是？這個沒意見，接下來 104 頁

羅代表界山

104 頁也是文字修正

主席

文字修正沒意見，105 頁

羅代表界山

也是文字修正

主席

好，這個文字修正，我們都照你們的建議，106 頁

羅代表界山

也是文字修正

主席

好接下來，這很長耶！可不可以一路到 117 頁？

羅代表界山

107、108、109、110 都沒有

主席

111

羅代表界山

111 也是一樣文字修正

主席

好，結束了，謝謝。到 113 頁，我們翻完了，就是有關居家、在宅醫療的這一塊的牙醫暫保留，其他就算通過了，

羅代表界山

然後 118 頁，90112 那個因有重複，那個部分就刪掉。

主席

好，對對對這個刪掉，那就是在宅醫療的部分包括剛剛保留的那些喔，是不是下一次臨時會的時候，公會這邊提出一個想法，一個做法來。

陳代表彥廷

我一直滿 confused，因為我們到宅醫療有兩類的病人，一個是相對 stable，一個是剛從醫院出來，那現在很多的案子事實上是這樣的人，所以他才會有醫學中心那邊，因為它是後續，他們可以到宅，所以他們也配合一般到宅在做，我知道北榮現在也發展成這樣，所以醫院有醫院需要的到宅，剛剛委員跟副署長所談到社區部分，因為我們擔心，如果他確定是失能的情況，我想身分資格就確定，那怎樣去決定他需不需要到宅？因為這一類的人我們不需要太複雜，也許相關的配套東西，就可以修訂，才有辦法負荷的起，提供那樣的服務，所以，我覺得那是兩個不同的方向。

主席

所以我想可以再思考一下，現在西醫有很多在宅服務，你們個案原可透過西醫的在宅服務，如果他有牙醫的需求，透過那邊開一個照會單給你們，從這個角度也在去思考，這是提供整合照護，因為事實上，不是失能老人一定要看牙

醫，他要有牙醫的醫療需求才需要去，所以，我們不是看他失能的嚴重或不嚴重，而是看他有牙醫需求，所以，並不是說我去鎖定比較輕度失能的，我的 case 就比較多，NO，他如果沒有牙醫需求，你幹嘛去？有些人搞不好，已經沒有牙了，失能很久了，這不是你要去的，而且他沒有牙醫需求，或者是他只是簡單的清潔牙齒，真的不要動用到牙醫師的成本這麼高，所以，我真的覺得，你要去把重新思考一下。

龐組長一鳴

對不起，建議一下，因為現在西醫這邊包括居家照護服務，在宅服務等等有按疾病的層級，都有在做整體性的規劃，牙醫這邊可能不是太了解，有必要的話，我們再安排跟你做個簡單說明，基本上剛剛講的情形通通都是有的，我們叫做上轉下轉，有一部分確實是醫院出來的，有一部分是從社區失能老人上來的，上轉下轉其實都有，而且要按病人的發展，需要程度不太一樣。這些人的條件，除了失能之外，其實還有個條件是就醫不便，因為大家知道，好的醫療其實還是在醫療院所，是相對安全有效可靠的，那你不能到醫療院所，其實他有些條件，可是他背後又很複雜，有的是個人因素，有的是家庭因素，有的是社會因素，就像你剛剛講的環境，醫生要爬到 4 樓去，那 4 樓他要爬下來也很難，可是他坐電梯又不一樣，或是家人可以帶他去又不一樣，現在我們健保做得很好，資料可以算，就是說，如果他用了個牙醫，今天花很多錢，扛到 4 樓去，還害那個醫師扭了筋，結果電腦一跑，結果他前一天後一天也去牙醫診所，那你還去，反而是製造另一個社會問題，所以整體思考，我們找個機會把現在西醫的整合再跟你們說明一下，我建議兩個案子結合在一起，一起合作，很多現在的發展就是社區化，社區化就需要就地照顧，用牙科開業診所來思考就地化照護的話，其實，台灣的醫療資源並不會缺，可是，如果你用醫學中心的概念去想的話，我們會非常缺，缺的非常嚴重，加上，台灣其實也到了時候，現在西醫除了鼓勵診所跟醫院合作外，我們更鼓勵西醫跟不同專科之間，就牙科與其他基層診所之間的相互合作，那剛好，我們可以趁這個案子，檢討一下這個運作的方式，好不好？

王代表秀貞(代理謝代表武吉)

我要呼應主席和龐組長的意見，的確，現在西醫在推整合照護，剛剛看到那個 5700 點，我真的替西醫服務的這一些同仁，感到非常的感慨。你知道，西醫整合醫療門診一年整合費是 600 點一個病人，要做多少事情？而且是全年的喔，然後又是好幾個團隊來分！在宅這一段我們到底要提供什麼服務？這一項目感覺好像全聯會跟健保署跟我們所認知的在宅服務，落差真的太大了，支持主席的看法，應該要重新來檢討，然後對於整個失能老人的照護，併同整合照護西

醫的部分，應該可以有合作的機會，以上。

主席

好，謝謝，我真的樂觀其成，其實應該叫以病人為中心，那就無所謂分這麼多科，各自行動，那就拜託羅醫師、翁醫師、陳醫師彥廷，還有執行長林醫師，拜託一下重新思考，那我們下一次臨時會之前，如果必要的話，醫管組這邊能夠提供居家的整合計畫給大家做參考，我們今天開到這裡，下次臨時會再見，謝謝大家。

劉科長林義

補充一下，本來我們表定的臨時會的時間是下下禮拜，那個時間會有變動，我們再跟全聯會做一個討論後，會趕快通知大家。