

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

104 年度第 2 次會議紀錄

時間：104 年 5 月 26 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：龐組長一鳴代

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	陳義聰
李代表明憲	李明憲	黃代表啟祥	黃啟祥
杜代表裕康	請假	黃代表福傳	黃福傳
阮代表議賢	請假	劉代表新華	林佳儀代
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
徐代表正隆	徐正隆	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
莊代表志強	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、

高雅凡、許家禎

臺灣醫院協會

吳權修、王秀貞

本署臺北業務組

李如芳、吳秀惠

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	唐文璇
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	劉翠麗、石惠文
本署醫審及藥材組	曾玫富、賴淑華、黃鈺媛
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、張溫溫、甯素珠、洪于淇、 張桂津、李宜珊、邵子川、林沁玫、 張巧如、李佩純、李月珍、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（含醫療品值與可近性民意調查結果報告）。

決定：洽悉。

（三）、103年第4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點值確定如下表，將依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算。

季別 \ 分區		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
103Q4	浮動點值	0.9389	1.0266	0.9772	1.0227	0.9795	1.1534	0.9728
	平均點值	0.9291	1.0198	0.9746	1.0173	0.9786	1.1477	0.9731

（四）、牙全會推動「健保藥歷雲端系統」配合事項。

決定：各分區針對牙醫院所查詢雲端藥歷系統情形所訂處理方式，請提分區共管會討論後決定。

(五)、「牙齒健康監測指標」草案報告

決定：洽悉。

四、討論事項

(一)、有關修訂「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」案

決議：

1. 考評表配合疾管署新增「牙科感染管制措施指引」，開診前治療台消毒措施之程序及使用溶液，凡依感染管制作業規範，並提出證明者均可採用，考評表暫不修訂。
2. 請牙全會及分區針對長期未申報感染管制診察費之院所進行了解，如確有不符感染管制最低要求者，請加強輔導。

(二)、有關建議修改自動化審查邏輯案

決議：牙全會反映意見，本署將併最近一次醫令自動化審查檢核邏輯檢討會討論。

(三)、修訂「104 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案－巡迴服務計畫」施行地區之分類級數案。

決議：照案通過，同意「花蓮縣瑞穗鄉」地區分類級數，比照「花蓮縣卓溪鄉、秀林鄉及萬榮鄉」修正為「3 或 2」，惟該鄉巡迴點或新設立社區醫療站之地區級數，仍應依本署最終審查核定結果為主，並請牙全會及各縣市醫師公會協助輔導各社區醫療站加強當地民眾醫療利用。

五、與會人員發言實錄詳如附件(P. 4~P. 19)。

六、散會：下午 4 時 40 分

與會人員發言摘要

主席

蔡副署長今天有更重要的任務，要去國發會幫各位爭取大總額，由本人代理主持。會議正式開始之前，先鼓掌歡迎臺北分會代表劉賢哲醫師。我們現在開始今天的會議！

報告案一 104年第1次會議決議事項辦理情形

主席

請代表確認上次的會議紀錄，沒有意見，本案洽悉。進入下一案。

報告案二 牙醫門診總額執行概況報告(含103年牙醫醫療品質及可近性滿意度調查報告)

主席

好~謝謝報告！對於這個總額執行情形報告，有沒有意見？這次報告比較長一點，因為後面民調滿意度調查。

陳代表建志

針對這次滿意度的部份提出一些看法，我想滿意度在全聯會的立場，非常感謝健保署提出的要我們改善的這個部份。那我們看最後一張 PowerPoint 裡面，『牙體復形』及『藥品』上升的比例要全聯會改善，那全聯會一直站在很虛心的改善，但是改善的前提之下這個數字是要有道理的，我們看手邊資料第 34 頁自費(3)表格裡面。往例的時候，我們提到樣本數是不是夠不夠，那去年的共識是說樣本數是不足的，那去年滿意度自費的部份總體調查的樣本數之前大概 100 年、101 年、102 年，之前大概還有 4000 多個樣本數，那當時覺得不夠希望恢復到 4000 多個樣本數，那去年的共識是樣本數不足了！那今年的樣本數竟然只剩下 1150 個，那我們看到表格裡面，最近一次自費的人數，在 1150 個裡面樣本只有 7.1%，7.1% 裡面就只有 82 個人而已，那全台灣 2300 多個就醫民眾裡面，用這 82 個人來代表整個牙醫自費的項目，然後要牙醫界來檢討改進的話，我覺得這樣本數真的是太離譜了！只有 82 個樣本數！那看到裡面的『牙體復形』跟『補牙』，坦白來講，除非唸過牙醫學系的人，他才會知道什麼叫做『牙體復形』。我如果去台北街頭隨便問個人『你知道什麼叫“牙體復形”嗎？』所以我這份問卷的意義就有一點奇怪，然後你『牙體復形』後面再括號寫『補牙』。我們南部人講『補牙齒』叫『補牙』，『補牙』跟『補蛀牙』是不一樣的！所以這個在定義上就有不一樣了！那怎麼會說有藥品，我不知道有什麼樣的藥品。會不會問民眾在藥品下面要括號牙膏、牙刷，問他，你有沒有在買什麼？他或許會把牙膏、牙刷

這個都考慮進去。那裡面又提到說做假牙，剛剛健保署報告說牙齒矯正跟植牙占大部份，那我覺得這個數字對牙醫界來講，有一點為難啦！比如說植牙裡面有將近 13.2% 的自費病人是做植牙的。試問在座的診所裡面，有這麼高的矯正植牙 13.2% 嗎？它這個數字是用它的分母 82 個人來當分母，不是用 1150 個人總樣本數來當分母，所以上一次就有解讀過說，這個數字在呈現的時候，應該要把這些數字的定義明確地寫清楚。要不然這是官方的一個資料，如果今天我們弄到其他地方去解讀的話，這些數字的呈現確實跟現實有很大的落差，以上簡短的報告，謝謝！還有提一點，樣本數其實不足的時候，在做『卡方檢定，它要大於 5 以上才有統計顯著的依據，這些沒有統計學顯著的意義，我之前就建議健保局，非達統計顯著的這些報告的數字，盡量不要做在台面上的報告或是對牙醫全聯會的一個建議，因為這我們真的不知道該怎麼做，以上。

主席

好！謝謝！它就是一個報告！小結部分是我們同仁加的，以後加的時候稍微注意一下。我看結果很好啊！比健保滿意度高。對於前面報告數字有沒有意見？如果大家沒意見的話，我有意見，投影片 15 頁。中區的牙醫急診值是 1765、台北是 1404，其他，北區是 46、南區 494，印象中所有醫療利用，應該都是台北最多，為什麼急診是中區比大家多很多？這個請大家回去再好好了解。

徐代表邦賢

不好意思，我不是中區。我想對於數據的解讀，”值”跟”量”跟”數量”有時候有些不同，”值”多不一定表示”量”大。。

主席

可是它比台北多很多，請注意一下！

徐代表邦賢

不好意思，組長，提到這一點，我剛好順著大家的報告。就是剛才提到一點『無牙醫鄉』申報件數或是醫療點數呈現減少，有提到是因為雲林縣本季無巡迴醫療所致，但是我們看到第 20 頁第 15 張投影片，南區無牙醫鄉是成長的，而且雲林是每年 1 到 3 月醫療團都沒有出動，不是只有今年，可能影響不大。所以，是不是有其他原因，這個是我要跟大家報告的一點。謝謝！

主席

好！這個報告內容還有沒有意見提報？

蔣代表維凡

剛剛講到牙醫急診的時候，因為事實上那個可能沒有辦法真正反應各分區的量。我想這個牙醫急診還是在醫院執行居多，醫院急診在針對牙科這一塊申報的

部份，事實上可能會有兩個模式，**第一、就如我的醫院，它是以會診進行，通常申報量就會偏低。第二、有些醫院是直接設獨立的牙醫急診，他那個費用就比較能直接反應，會把該報的費用都當下報掉！所以考慮到第一種申報情形，牙醫急診費用上可能會有失真之虞。有時候各分區在分析可能還需要考慮到每個急診執行醫療院所針對牙醫急診申報這一塊怎麼樣運作，所以這裡面可能還蠻難分析的，不過我們還是會盡量努力去分析看看它的相關的原因。**

主席

好！謝謝！

連代表新傑

我要說明一下滿意度分析的小結的部份，因為每年很容易被誤會到『牙體復形』是屬於健保給付的部分。在這裡面民眾很多『牙體復形』做的是『瓷牙貼片』跟『3D 齒雕』的部份，基本上那一個是美容、一個是假牙的部分，並不是健保給付的部份，所以署裡面有時候會認知到『牙體復形』這個類別很像是健保給付的部份，可是民眾回答的時候，他做的是『瓷牙貼片』這是屬於美容健保不給付；另外一個是『3D 齒雕』類似假牙的部份，所以這也是健保不給付。特此說明一下，謝謝！

主席

請問每次民調前的問卷，有沒有請牙醫全聯會稍為看一下？

張專門委員溫溫

有，都有提供給牙醫全聯會表示意見。

主席

好！謝謝！『牙體復形』在問卷的時候是不會這樣問，這是專有名詞，它有問法的。好，還有沒有問題要提出來？

朱代表日僑

剛剛有提到藥品的自費，請問有沒有辦法了解一下**原問卷**是什麼樣的樣本狀況？

主席

自費問題調查統計量的 power 很低，現在解釋太多很奇怪。這個可能需要長期觀察，我建議比較歷次觀察資料，剛剛提到調查自費的才 82 個人，那個推論性有點問題。其實我們這次的民調，也是教授作的。可是這次調查在各總額都有類似狀況，結果都有點怪。好~對於這個報告還有沒有意見要提出來？這個報告原則上洽悉！對於比較奇怪的數字，還是請各相關單位再去繼續分析和研究及處理。請報下一案。

報告案三 103 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告

恭喜三個區點值超過 1，針對本案有無意見提出？本案洽悉。

報告案四 牙全會推動「健保藥歷雲端系統」配合事項案

主席

本案好像討論案。公會這邊有沒有要補充說明？

李代表明憲

主席，李明憲第一次發言。有關雲端藥歷，我們全聯會完全配合健保署的政策在執行。因為以後會朝向無紙化電子病歷去執行，所以現在頻寬用光纖，中華電信也在配合中。所以，這兩個方式我們是完全在配合，也有宣導會員。有兩個問題，第一個，剛才健保署提出的系統廠商，現在我們知道有一家系統廠商速度很快大概在 8 秒到 10 秒，已經在上網看了！另外一家廠商希望健保署這邊再跟他講一下，因其速度還沒這麼快，以前都還要離開主畫面再跑到別的地方去。所以現在其實有一些廠商已經把這樣的軟體都已經設置完成了！以後我們會一直儘可能去做推廣，系統廠商如果配合的話，我們的會員會也會配合查詢。還有我們希望能採獎勵的措施，經調查六分區中，有兩區是在獎勵，是臺北和高屏分區，如果有上傳，就會獎勵抽審成數，但有其他分區，如沒有達到，就會輔導兩個月之後，可能會再做一個增審的成數。所以希望貴署能不能這方面跟業務組提出，盡量都用獎勵方式，而不是用行政來懲罰。以上跟大家報告，我們已經配合政策在執行，以上報告。

主席

目前各區採行相關的指標是否在共管會都有討論過？北區？有！臺北？有！中區？中區正在討論；南區？南區沒有納入；高屏？有討論；東區？Okay！相關措施請儘量跟共管會討論，依各地的情況來辦理。有關藥名資訊的部份，就我所知，牙科對藥其實沒有那麼熟，需有一些輔助。事實上，這種資料庫要去買，變成政府單位買，事情就變得很複雜。過去健保署沒有買過，衛生署有買過就變成問題，因為廠商太多了！常會有爭議的問題。事實上，安裝資料庫方便大家查詢是好事，可是變成國家資料庫時就變成一件很奇怪的事情，這在採購法是一件很複雜的事情。

翁代表德育

主席，提醒一下，當然六分區的業務組跟我們六分區的審查公會大家有共識是能夠對這個雲端藥歷，或鼓勵、或懲罰。但是我要提出一個我們專業審查的一個概念。從民國 87 年牙醫總額施行以來，我們一直認為專業審查不要受到任何外力及行政的干擾。因為專業審查不會隨著點值高低去影響審查醫師對醫療服務提供

者的專業判斷。換句話說，專業審查裡面，它的這個價值跟專業審查的基準，應該要長年穩定，而且不容易改變。有關雲端藥歷一些鼓勵或懲罰措施，大部份都是落到抽審原則，那抽審原則是什麼？基於我們專業團體的立場，都希望政策的配合事項是要求會員、要求幹部去配合，盡量不要用到抽審的專業審查去鼓勵或懲罰。不好意思，我舉一個分會的例子，只要你上雲端藥歷查詢到一個標準，就可以免審，我覺得這對專業審查的殺傷力太大，你可能了不起配合一些事項，臺北分區這樣，我們還覺得還可以接受，但是你開了一條高速公路，可以完全免審，我們無法苟同。另外，在分會提到把雲端藥歷查詢沒有達到一定程度的列為一定要抽審，我們一樣無法苟同，雲端藥歷跟醫療的品質真的沒辦法直接劃上等號，也許雲端藥歷對我們牙科來講，可以配合，但是相對於其他部門我們的需求沒有這麼的高啦！所以希望主席趁我們今天開會能夠做一個裁示雲端藥歷的鼓勵措施，儘量不要干擾到專業審查，以上。

主席

謝謝，翁醫師！有分區要說明嗎？

高屏業務組施怡如

高屏說明一下，我們今年所做的指標免審案，就是獎勵措施的部份，並非來參與方案就可完全免審，還是需符合其他條件，譬如說，若是依醫管指標落入抽審，就不能參加這個獎勵案，必須是費用指標抽審者(例如費用成長很高)，但也不僅是如此，我們還需考量之前整個核減情形，也就說，根據院所之前的審查結果，我們醫師覺得整個費用申報的適切性是OK的，才能夠參與我們的獎勵措施。以上是我們的補充，謝謝！

主席

重點是你們的方案有跟共管會討論過嗎？

高屏業務組高怡如

有，這個方案有跟共管會討論過。

主席

原則上，應是不宜只用雲端藥歷當作唯一的指標，要再搭配其他的指標才可以，並要跟共管會來討論，這個結論可以嗎？

吳代表成才

主席，醫院協會代表吳成才第一次發言。我是完全贊成翁委員的意見，因為到底我們牙科用的藥其實真的不多，那在醫科來講用藥，它的百分比是嚇人的！所以重複用藥的議題一直在醫科上面，的確是要做很大的用心去處理。但在牙科查詢率如果不夠的話，就獎勵或懲罰是完全不恰當的，而且還說隨時間繼續往上調，

那殺傷力更大。今天講 20%好像還可以接受，不要過個幾個月把你調到 50%、80% 那不是莫名奇妙嗎？所以我覺得今天既然已經提出來了，應該做更具體的一個建議，就是在牙科的部份不宜用雲端藥歷查詢率來做獎懲。謝謝！

曾科長玫富

主席，我說明一下，牙科部份可能用藥比較少。但是，事實上牙醫也常需要用到抗生素，也必須了解病人過去有沒有相關疾病、用了什麼相關的藥，我們是以這個角度，希望牙醫診所的醫生，在診治病人的時候也能了解。另外，這個系統可能在今年底或是明年初將牙醫診療處置納入資料庫，所以未來這一塊牙醫診所就是主角了！它是整合到整個醫療雲端查詢系統裡面。用藥部份目前先 push 希望所有診所都能使用，因為這是額外提供醫師診療參考資訊，無論牙醫師或是醫生，未來中藥的部份也會納入，也會希望中醫診所醫師，多了解病人過去拿的一些不管是中藥或是西藥一些情形。以上說明，謝謝！

劉代表經文

主席，我覺得這個事情，從兩個方面來看。第一個就是從中醫、西醫、牙醫保護病人來講，的確應該是一種學習！我個人視為是一種學習，但是各區學習的角度不同，所以各區應像主席裁示的尊重共管會議的決議。全國有全國的看法，各區有各區的看法，譬如說高屏，可能還有很多人還在買一些黑藥丸來吃。對於我們來講，病人的保護應該要更多一點。所以我不能說百分之百鼓吹高屏的決議，但是至少高屏有高屏的考量；另外就是，剛剛有是到百分比的問題，百分比事實上是不宜訂的太高，因為教育的事情就是要循序漸進，將來牙科的東西加進來，使用率就會變高。以上！

主席

請各分區還是要注意一下比例問題。目前確實是牙醫的用藥比較少，還是那個原則，請各區在共管會討論，剛剛大家都同意。還有一點，跟醫界來呼籲，就是這個系統除了保護病人之外，也有保護醫師的功能，我曾在南區講過，現在就不重複講了！希望大家能夠珍惜醫療資源的使用，任何好的事情變成強制性的時候，都變得很奇怪。各區處理這件事情的時候，儘量跟共管會協調處理。這個案還有沒有要提出意見的？

連代表新傑

主席，其實我是針對第二點所提用藥的部份，因為其實署本部本來就有一個用藥查詢資料庫，包括輸入健保代碼或者藥名都可以查詢得到。我們的建議是說雲端藥歷系統所查出來的藥名，點進去就可以連到那個資料庫，就可以知道了，不用額外買了。

主席

醫審建議一下！那是接藥品許可證資料，對不對？是可以接，但那個要轉好幾手。

曾科長玫富

雲端藥歷系統是 follow 憑證管理辦法建置。憑證管理辦法第 11 條規定，保險醫事服務機構於診療保險對象的時候，應依診療需要查詢 IC 卡內的資料或上傳就醫資料，我們是 follow 這個辦法才能夠符合個資法規定，可以不經病人同意，就能線上查詢。所以雲端藥歷系統資料範圍是限在健保申報資料。而本署意見說明 3 已說明，現在雲端藥歷的欄位已經把所有申報資料裡面用藥資訊放進去，包括藥品單價、學名、成份名，還有藥理分類名稱等等。

連代表新傑

那個適應症啦！還有禁忌的。

曾科長玫富

健保的藥品主檔沒有適應症跟禁忌的資訊。

主席

記錄下來供相關單位做參考。健保署藥品主檔查進去後，可是可以勾仿單資料，仿單上面就有適應症了，仿單是連結到 FDA。不過就我所知道的，那個連結是有點複雜，沒有辦法立即改。你的建議很好，謝謝！

曾科長玫富

雲藥系統已經推動兩年了。在推動西醫醫院使用的時期，這個建議就已經有醫院提出，我們評估過。第一個就像本署意見說明 3 講的 FDA 的藥品資訊系統，是把仿單整個掃描成 PDF 檔，根本不是像 Database，可以去擷取特定欄位資訊。再來，VPN 是封閉型的網路系統，本署資訊組評估，雲藥系統連結 FDA 的藥品資訊系統，會打破 VPN 的防火牆，有嚴重的資安顧慮。另外 FDA 已經有網頁了，一樣有搜尋引擎，需要的話可以直接連結到 FDA 網頁去查它的 PDF 檔。以上說明，謝謝！

吳代表明彥

其實牙科用藥不是像醫科那麼複雜，我們牙科的人要自己去的一套常用藥是哪些。這個其實就牽涉到 Database，那 Database 全世界就那幾個藥廠在做，因為他們有最新的資料，且一直在 update，其實那一塊是醫院最需要的，但是牙科這邊我們自己研究常用的是哪些藥，就是我們要去了解我們自己的用藥行為有哪些東西，那非常重要，是全台灣牙科醫師可以用的，就像他講的沒有 Database 就沒有用嗎？雲端藥歷要查資料不是只有醫科，這部份我們自己去衡量，可能牙全會

這邊要成立小組去研究，因為這個大概是全世界的機制是跑不掉的！如果我們有這個 Database，確實是有幫忙病人安全，我相信牙科的總額是可以加分的！你花的錢可能不多，但是全權在主導這個案子。

曾科長玫富

另外，我再補充一下。有關處理藥物不當交互作用或禁忌之檢核比對，本署已提供批次下載作業方式。醫療院所在經過病人簽同意書的狀況下，就可以在病人看診前，下載他的用藥紀錄資料，現在已經有 100 多家醫療院所執行，下載資料後就可在院內的 HIS 系統進行相關藥物不當交互作用或禁忌之檢核比對。目前各大醫學中心的藥物不當交互作用版本均不相同，且均有甚強的自主性，所以也很難有一個統一的版本。如果牙醫診所或是醫院的牙科想要執行批次下載作業，可以跟分區業務組申請，以上再補充說明，謝謝！

黃代表啟祥

主席，我想剛剛各個長官所提的那個批次下載的問題。因病人的同意書的效期只有半年，對牙科來說，病人可能回來 follow-up 最快大概是半年，所以我所看到的我們所申請的表格上，他的同意書的效期只有半年而已，這個對我們來說，好像有點困難。

曾科長玫富

你拿的同意書格式可能是舊版的，現在新版同意書格式同意的年份是一個圈，就是依病人的意願去填寫，現在大部分院所好像是一簽兩年，就是簽一次同意兩年。依個資法，一定要有同意的期間，而且那個期間要在符合比例原則範圍內，由病人同意的狀態下簽署。以上說明，謝謝！

主席

這個議題到這裡可以嗎？好，謝謝！下個議題！

報告案五 「牙齒健康監測指標」草案報告

主席

請翁醫師來說明！

翁代表德育

跟大家簡短報告，那因為紙本上應該都有一些詳細的文字說明，那在說明這個報告之前呢？有一些前言那跟大家做一個陳述，為何會有這樣一個健康監測指標，主要是因為健保署有鑒於我們在評核會時提到日本 8020 運動。我先簡介一下日本 8020 運動整個過程，在民國 78 年，日本剛開始有提出一個 8020 運動的議案，希望 80 歲以上的長者還能夠擁有 20 顆的自然牙，到了民國 89 年以後，他們就開

始進行了主要 8020 運動促進特殊業務的開始，日本政府也針對這一項讓他們做一個立法，大概全國每一個單位都有相對 8020 運動那麼投入很多的預算，然後到最後牙醫師公會以及其他相關周邊的商會，也都投入預算，大家一起來做這樣的一個運動。最近民國 100 年，疾病調查報告，經由 20 幾年日本的努力，80 歲到 84 歲年齡層裡擁有 20 顆以上自然牙的比率約百分之 40，那大概經過 20 幾年的努力才有這樣的成果喔。所以有鑑於此，我們就用這樣一個方式，希望我們以下所提的這個所謂健康監測指標是能夠朝這樣一個正向的方向去做一個努力，來達到監測的一個結果。我們主要的政策在成年人的口腔，它是著重在保純自然牙，那麼在老年人口腔，重點在剩餘牙齒的照護，所以大概我們在最近這幾年就是推動了牙周病統合照顧計畫，去年更推出了特定牙周保存計畫以及牙周支持計畫，這一些都是為了貫徹我們在成年人的口腔健康保存自然牙以及老年人的剩餘牙齒的一個照護口腔政策，希望能夠慢慢的能夠朝這個目標來做一個邁進。根據這樣的陳述，我們去發展這一次的指標，大家看到 69 頁，有一些健康調查就麻煩大家自己看，就根據一些面向來做說明，第一個是醫療供給的利用，我們現在做這一些治療，執行的院所大概有多少？能夠提供多少治療？每一年經由牙周病基礎治療流程的人數，到 103 年大約有 19 萬人，這樣治療的利用情形跟提供是不是足夠？大家可以看到 69 頁最上面的那一張表，那麼這一張表是 97 年度台灣地區 18 歲以上人口 **牙周** 狀況的一個調查研究，淺囊袋跟深囊袋，就是說急需要牙周治療，整個人口的比率呢大概是百分之 50！那相對於人口的換算，我們目前牙周每一年大概可以治療 20 萬人，那麼我們當然還有一大段努力的空間！當然我們也需要一些預算經費的配合，才有慢慢去滿足牙周治療的需求喔！那除了牙周病之外呢，我們希望成年人跟老年人剩餘齒的照顧也能夠加強，所以我們特別針對 50 歲以上民眾醫療利用的情形呢，在 69 頁的下半部地方，每一年都做這些目標的監測，再來就是希望發展一些醫療品質的指標，我們在牙周病裡面大概有發展兩個醫療品質的指標，就是第三階段的完成能力，為什麼第三階段完成率可以當成一個品質的指標？因為我們第三階段的完成，它的定義就是牙周囊袋大於 5mm 的牙齒，至少要有一個深度降低 2mm 以上，這樣的比率要高達 7 成以上才能算完成，所以我們把它當作它是一個治療以後牙周狀況可以獲得改善的一個品質指標。那接下來看到 70 頁的阿拉伯數字 2，那麼就是接受牙周病統合照顧計畫，跨院所執行的一個比率，那顯示接受統合照顧計畫以後病人，再去跨院所治療的比率的情形，我們用這兩個來當作牙周病醫療品質的一個指標。接下來是談到 50 歲以上，那 50 歲以上基本上我們就是在牙體復形的品質指標，分成牙體復形、牙齒的保存率，那根管治療的品質指標是用恆牙根管治療後牙齒的保存率，那分別是訂 1~2 年，那翻過來署

裡面給我們的意見，就是說要我們說明監測指標可以達成目的的一個方法喔！那這個方法其實很多，我們可能沒有辦法像日本一樣做了 20 幾年的成果，但是我們會去做努力。但是這主要是個監測，是希望我們朝著這個方向去走，看看我們這些的醫療服務有沒有辦法到 8020，當然可能還要其他很多單位的配合，我們也會努力。再來就是說，建議要設立目標值以利後續監控，一般我們在評核時或是品質確保方案裡，第一年都是設立指標，第二年才訂定目標值或是監測值，好，以上說明。

主席

這個案子基本上應該是鼓鼓掌，表示支持，可是現在有幾個問題，我稍微講一下，它的位階很高，今天應該安排部長來聽你報告，這是一個國家的口腔衛生政策，過去口腔衛生是注重小朋友，現在因老化的關係，關注到老人，應該是跟這個有關係，這是第一；第二這裡面定的指標應該是整個口腔衛生達到一個年齡之後保有多少顆自然牙的重要的過程指標，這可能要持續好幾十年的努力，所以我今天要跟大家請教的是，這麼重要的事情，要我們的健保共管的層次來承擔嗎？

徐代表邦賢

謝謝主席，我想誠如主席所說這是國家的一個政策，我們希望健保數據相關的成果呈現，對我們有更好的提攜作用，請容全聯會幫這個的政策做一個完整的白皮書後，再跟相關個單位討論，也感謝健保署對我們的支持，謝謝！

主席

衛福部長官有沒有想法。

朱代表日僑

我的角度跟主席是一樣的。據瞭解衛生福利部目前正在研擬衛生福利白皮書，目標是未來十年，可以訂出目標值，在此角度上我建議全聯會將這個方案報請心口司，思考能否納入白皮書裡面，白皮書年底前要出版，也許心口司可以思考是否可以作為未來政策的參考方向。

主席

原則上這個案子大家一起努力，其次相關過程指標其實都是利用健保資料做的，可是大的目標如何變成一個大的政策，依據今天各位的報告，我們可發文到衛生福利部心口司供政策參考，這樣好不好？這個案子先進行到這樣。

翁代表德育

打岔一下喔，不好意思，大家的決議我都非常贊同，但是我要提到上一次的我們報告的背景，它是在我們評核報告裡面，署裡要求我們對此要作成效報告，才提報告！今天主席這樣的決議，是否我們以後的評核報告，剛剛的報告應該就可

以不用寫吧?以上謝謝。

主席

評核會我們也是被評核的，評核會一般不是我們署裡面做建議，是評核委員會做建議。

翁代表德育

就是署裡面要求我們評核報告的一個型式，當然它會有很多的項目嘛！那裡面有一個項目是要求我們針對這個牙齒健康監測指標做一個成效報告，包括指標以及陸續的監測值，我們會這個報告是因為這樣子來的。

張專門委員溫溫

因為牙科在去年爭取今年預算的時候，有提到就是 8020 目標，當然我們因你們承諾說要做到 8020 這個目標，我們也很想了解你們要怎麼去做到 8020?

主席

這個我們回去再檢討一下，是達成提到 8020，以後要講哪一年達成好嗎?不然以現在台灣的政治氛圍有人會要求明天，第二個，目標為 8020 之前，我們應該先知道現在是 80 幾十，對不對?有夢最美，還是要逐夢踏實，每個步驟都把它去完成，不過本案基本上是好的，我們還是把它轉心口司做參考，以上這個案子就這樣，背景我了解了，謝謝。

李副組長純馥

是這樣，因為我們在看這個指標的時候，其實我自己在想，因為我們在媒體面前一直都在講齲齒率，不過因為從整體看來，那個部分沒有著墨，因為其實現在對幼兒我們有一些投入，去保存他們乳牙健康和換牙後的牙齒的健康，我們可以看出來，你們是針對 50 歲以上的民眾，希望能夠及早去發現可能會造成牙齒會脫落或是牙齒整個拔除的一些狀況！可是今天如果我們要拉高層級到部裡面去的話，可能還要更完整，包括我們現行國健署或心口司在推動的一些政策，要一併去考量會比較妥適！另外，就是你們一直講說學日本，可是從你們報告裡面，一直看不到日本到底是怎麼做到的?他們是用哪一些指標去看，可以做到這個境界，我覺得可能也是可以給我們參考！謝謝。

陳代表彥廷

其實我們在去年有接受心口司的委託，已做了一個類似白皮書的研議，那基本上是從預防保健不同階段，不同重點都有，因為今天是在署裡面，報告比較偏重在醫療上，其實我們是有完整的概念，在去年那是一個標案，我們在心口司那邊也報告過，我們現在比較大的困擾是說要達成那些，在署裡面是希望說那我醫療需要有多少?未來有多少需求可能需要投入?那這一部分是我們要在這個地方把它

補全的，那至於預防保健那些可能都是其他地方要做到的，我們前幾個月發生一件事，就是有民意代表說這個我們塗氟的執行率很低，那可是我們預算執行率超過百分之百，我們會帶來很多困擾是說是我們做的不多不夠呢？還是我們的預算不夠？可是看出來好像說你們民意代表只看到百分之二十幾的人有塗氟，可是事實上我們的執行率預算的執行率是百分之百以上，所以我是說類似這個所以我們會完整的白皮書是在衛服部那邊，但是就健保這邊可能未來的醫療上的需求我們會在這邊呈現。

主席

我簡單下個結論。這是一個很複雜的議題，設定好的目標是正確的，應該要搭配定期的盛行調查。這個口腔衛生議題從保健處到國健署、心口司時代都有一脈的傳統，為讓國民有好的口腔水準，其實除了醫師的努力之後，還有公共衛生的措施，及個人的努力，是很複雜的。現在健保是就醫療的投入和努力來配合，其實整個是要有相關政策搭配。我們趁這個場合，讓大家了解學習到，大家對這個政策的投入和努力。我們現在站在支持的角度上來促成事後的發展，不過畢竟我們層次還是有限的，剛剛講要努力的人也不是只有我們，要大家一起要來努力，我們先有這個共識，在這個基礎上才能後續發展。本案我們討論到這裡好不好？下一案。

討論案一 修訂「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」案

主席

牙全會有沒有要補充的？

陳代表彥廷

這個牙科的感染管制，非常謝謝費協學會在 93 年 SARS 期間，重視我們牙科基層院所的醫療安全跟品質，所以特別給我們的預算，在我們的一般預算裡面來執行這個方案。這些年來，我們的執行率以 104 年第一季，健保署給我們的資料，統計有 82% 的院所在申報，所以基本上是一個成效非常好的方案。疾管署最近的公告，跟本會的牙醫門診加強感染管制方案，其實內容大同小異，所以基本上它是跟我們有相當大的雷同性。因為我們在很多年前就已經有了，我相信他們有很多參考的地方，但是在他們文裡面是說他要提供院所，參考內化於臨床作業的流程，並沒有到一個強制。以現階段我們看到的 104 年各地方政府對於基層督考辦法裡面，其實感染管制是看兩件事，第一個是醫療廢棄物處理，第二個是有沒有適當的消毒滅菌的程序？那跟我們現在這個方案的確還有一些出入。不過，我們認同署裡面未來要回歸一般門診診察費的概念，但是我們希望相關配套的事情應該要有一些準備，第一個就是由於我們現在大家投入做這些，目前它的成本事實上已經

遠高於目前的支付的點數。目前感染管制是 285 點，一般是 230 點，其實我們去年在談判的時候有跟付費者反映，一般西醫基層是 320 點，所以我們認為目前這個點數其實是比較低的，那未來我們也希望它是一致的。大家都要做到感染管制相關的要求，那我們也希望相關的點數能夠比目前的 285 點比較合適的支付點數。第二個，目前其實還有 18% 的院所沒有申報，我們今年怎麼樣做一個配套或輔導的措施，讓相關的院所也能夠一起跟上來，那相關的費用可能會影響到我們一般的預算的點值，這一點可能就是我們要考量的，以上。那這個案子其實真正重點不在這裡，是在於我們消毒用的藥水，我們 10 幾年前定的時候就講了這三種，可是現在其實只要合用的藥水就可以用，所以今天提案主要是說其他能夠有相同功能的一些藥水也能夠被使用，而不要我們條文寫的方式而限制了這些可以使用消毒的藥水，這一部分其實主要是回應我們北區分會醫院牙科學會的需求所提出，以上。

主席

這一項業務我原本在分區做的時候，就覺得業務成本太高了，重點是也做了 10 幾年，其他各總額部門的方案大概都改了，只有牙科還維持這種方式。它現在要面臨思考一個問題，就是說牙科把感控做好，是 minimum requirement 還是 high standard 的表現，現在看起來應該是 minimum requirement，在此情況下，**反面**想一件事，我們健保署花些錢去做貼紙，對未申報感染管制診察費的醫院加以標示，好不好？本案如果單純只是修改消毒水地使用，沒什麼意見，可是這個政策到目前執行的策略還是要站在鼓勵立場上做嗎？如果它已經變成 minimum requirement，反而是對於未 follow guideline 的院所，應有一些更強制的措施和要求！畢竟這個錢已經花了 10 年！還是 10 幾個百分比或 8%、9% 的院所冥頑不化，應該要有些措施要出來吧？如果大家同意，我們應該跟各區談一下輔導改善的方法吧！理事長這樣可以嗎？

陳代表義聰

我想只要是對全民有利的，全聯會都願意配合，大家共同來執行，因為這是好事嘛，謝謝。

主席

今天開完會後，各區業務組跟共管會談一下，對於沒有來申報的院所，可能有管控疑慮的，麻煩發函輔導，按特管辦法，不改善的話就是違約記點，三次就停約，可以按照這樣來做可以嗎？各業務組可以嗎？

劉代表經文

主席，就一個管控的觀念是，當然是 minimum requirement，但是就是目前

minimum requirement 在哪裡?或是這個條文，絕大多數的院所應該是有做到，只是不見得來申報，所以應該像你說的去了解一下，還有它到底是做了沒有申報?還有沒有申報的原因在哪裡?而並不應該立刻去做處罰，這是第一件事情，那第二件事情就是說你剛剛也有提到另外要訂一個比較高標的，就是現在民眾也會要求更高的標準，這應該是另外一回事拉，最基礎的應該先要求到，如果真的進入開刀房等等那個等級，或者譬如說像拔水平智齒這種手術等級的，是不是有另外一個措施?我覺得這可以另外再定再來談。

陳代表彥廷

是不是這個我們之後再來發展，8月份我們再來討論這件事情，就是說怎麼樣讓它今年比較多的院所願意來加入這個，如果它已經做了就 OK 了。

主席

那我們就先請牙全會研議一下，讓管制方案更為普及，需要在本會討論嗎?還是發函給我們，或是直接發文各區業務組，如發文本署，原則上會請各區先去了解輔導，然後通知改善，可是後面的棍子還是要出來，我們會朝著這個方向來處理，那這個案子就照這樣修正。

張專門委員溫溫

主席對不起，有關於剛剛提到清潔藥劑有改變，變得比較寬鬆，是不是把它做成會議決議，如果說分區再去做考評的時候，是不是程序上有用的溶劑可以符合的話還是可以，不去修改方案。

甯視察素珠

因為疾管署的發文，表示現在已經沒有牙醫院所感染管制 SOP 作業細則，已修訂為「牙科感染管制措施指引」，相關措施差不多都很相似，可是就方案裡面有些文字的引述，可能還要再重新檢視，看能不能配合修改。

張專門委員溫溫

暫時先不需要修改那個方案，因為實質內容比較重要，所以我們只在這個會議把它決定，說分區如果去做，這個都符合，謝謝。

陳代表彥廷

我們其實會內有請醫審室，就今年疾管署剛公告方案，怎麼樣做一些調整部分，我們會內已在研議，從上次會議已經開始在做了。

主席

我記得疾管署最早之前這個方案，在 SARS 之後，其實也是牙全會送給疾管署照者改的，好，這個案子討論到此，下一案。

討論案二 有關建議修改自動化審查邏輯

主席

本案原則上是我們醫審會依據各位的建議在最近一次會議上討論，另外補充說明，醫令自動化審查也可以申復，你們都知道嗎？都知道，這樣子就好，那本案到此，下一案。

討論案三修訂「104年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案—巡迴服務計畫」施行地區之分類級數

主席

簡單講一下，從花蓮市到瑞穗的距離大概是台北市到新竹，對不對？

徐代表正隆

應該這麼講，是苗栗到嘉義，不遠啦，可是好幾個鄉鎮，好幾個縣市，開車經過的花東公路叫做死亡公路，平均一年的死亡率很高，所以我們巡迴醫療大部分都是不建議啦！火車方面，大概一個小時一班，所以真的是很多年輕人已經不想去該地區服務。

主席

這個地方基本上是補我們當初設計不夠的部分，全聯會這邊可以嗎？如同意，就按照案通過。

徐代表正隆

基本上是這樣，因為它左邊是山地鄉，就是中央山脈，右邊那個峽谷又剛好是在我們花蓮縣的南區，整個是比較封閉的，因為現在那邊人口是有一萬三千多人，可原住民占了三成多，是比較大的問題，就是說長期以來，很多牙醫師他們去開會或是什麼情形，幾乎都沒有人要過去。另外修正為「3或2」的意思，就是論次費用每小時支付點數，可以比照到山地鄉的2400點。

吳代表玉琴

去年有去花蓮台東地區，我自己滿支持去設牙醫的社區醫療站，可是我覺得有二點可以再加強：一個是加強宣導，另一個是要來就醫的交通非常不方便，如何結合社區交通接送的資源，可能要再設想，不然設了點之後若是小貓兩三隻，那不是沒有需求，而是可能來就醫交通不方便，或是宣導資訊也沒得到，他們不易走出來，所以我覺得這個部分，建議牙醫師公會如何跟地方的公會一起討論，這個應該是整個社區要一起動起來，一起解決這個問題。

主席

這一次這個案子有涉及社區醫療，不過還是先讓它開始，順便跟各位報告一下，辦理本案子同時，我們就擔心是不是還有其他的區域有這個現象，我們沒有注意到，所以曾詢問各業務組，因各業務組回報目前沒有，所以今天只提這個案，

跟大家說明報告一下，謝謝各位對這個案子的支持。有沒有臨時提案?沒有，謝謝大家今天的參與，宣布散會。