

全民健康保險牙醫門診總額協商議事會議 102 年第 3 次會議紀錄

開會時間：102 年 8 月 20 日下午 2 時

主持人：蔡魯副署長

紀錄：甯素珠

出席人員：(依各代表單位委員姓氏筆劃排序)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表盛銘	王盛銘	吳代表成才	吳成才
石代表家璧	石家璧	李代表明憲	請假
呂代表毓修	呂毓修	郭代表志龍	郭志龍
杜代表裕康	杜裕康	林代表俊彬	請假
季代表麟揚	季麟揚	黎代表達明	黎達明
林代表錫維	林錫維	黃代表建文	黃建文
徐代表正隆	徐正隆	阮代表議賢	阮議賢
林代表富滿	李妮真代	劉代表煜明	劉煜明
林代表敬修	林敬修	蔡代表東螢	蔡東螢
翁代表德育	翁德育	蔡代表淑鈴	請假
朱代表日僑	朱日僑	張代表文輝	張文輝
許代表世明	許世明	劉代表俊言	溫斯勇代
傅代表立志	傅立志	謝代表武吉	王秀貞代
陳代表建志	陳建志	羅代表界山	羅界山
陳代表彥廷	陳彥廷	劉代表新華	劉新華
吳代表明彥	陳雪芬代		

列席單位及人員

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	林宜靜、彭美熒
中華民國牙醫師公會全國聯合會	邵格蘊、廖秋英
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷
台灣醫院協會	楊智涵
本署臺北業務組	莫翠蘭、吳秀惠、袁廣璋
本署北區業務組	倪意梅
本署中區業務組	程千花
本署南區業務組	唐文璇
本署高屏業務組	李金秀
本署東區業務組	劉翠麗
本署醫審及藥材組	王本仁、陳玉敏、曾玫富、 董鈺媛
本署資訊組	姜義國
本署主計室	黃莉瑩
本署醫務管理組	王淑華、張溫溫、甯素珠、 洪于淇、張桂津、廖子涵、 李健誠、鄭正義、賴宏睿

一、確認上次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）。

二、主席報告(略)

三、報告事項

- (一)、「牙醫門診總額研商議事會議」102年度第2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)、102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。

季別	分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
		分區	分區	分區	分區	分區	分區	
102Q1	浮動點值	0.8823	0.9957	0.9158	0.9597	0.9231	1.1522	0.9337
	平均點值	0.8924	1.0027	0.9212	0.9728	0.9304	1.1500	0.9343

- (四)、有關牙科緊急就醫病人之處理原則、提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性乙案。

決定：

為提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性，請牙醫師公會全國聯合會協助輔導會員於9月底前更新相關資訊，並務必於看診時段異動時，主動即時至健保資訊網服務系統(VPN)維護相關資訊，自102年10月1日起，倘經本署查明或接獲民眾反映特約醫療院所看診時段資訊不正確，分區業務組將輔導限期改善。

- (五)、修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

決定：

有關修訂「牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案，其中指標名稱請照案修訂，另參考值或相關監測值，請牙全會帶回與醫院牙醫代表討論，於1個月內函報本署，再開會商議。

四、討論事項：

- (一)、案由：有關「牙醫緊急就醫病人處理原則」案，提請討論。

決定：

請牙全會協助，就名稱之適當性及所擬處理原則方案相關文字說明加以補充，函報本署核備。

五、與會人員發言摘要詳如附件。

六、散會：下午15時40分

附件 與會人員發言摘要

報告案

第一案：「牙醫門診總額研商議事會議」102年度第2次會議決議事項辦理情形

主席：各代表無意見，本案洽悉。

第二案：牙醫門診總額執行概況報告

主席：各代表無意見，本案洽悉。

第三案：102年第1季牙醫門診總額點值結算報告

主席：照案通過，請依規定辦理102年第1季點值之結算與公布。

第四案：有關牙科緊急就醫病人之處理原則、提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性乙案。

主席：各位代表針對報告有無提問，本案需請牙全會和所有會員配合辦理。

王科長淑華

本案因某報查詢本署網站牙醫診所看診時段及掛號費，發現與實際不符，並發動多位記者查詢後報導 96%有錯誤，故本署將網站資料立即關閉。目前本署網站診所看診時間及地圖與牙全會 GIS 查詢內容相近，牙全會網站是否可與本署連結？有無強制會員登錄。掛號費方面因非健保給付，已不再登載。本網站暫時關閉時，不少民眾來電查詢，顯示該網站民眾有利用參考，故請牙全會輔導會員，看診時間如有異動，務必到本署網站上進行更新。

主席：請牙全會補充報告，或提供建議。

陳代表彥廷

牙全會現行 GIS 查詢資訊系統已建置完成，係透過公會，非強制性，該系統具有多項功能性，如區域內有那幾家牙醫院所或有辦理那些專案計畫，且可同時查詢，但內容無法保證完全正確，除非有強制性作為。民眾透過該系統可查知附近的診所。至於牙科緊急就醫病人之處理原則，另於討論案提出。

陳代表建志

GIS 系統資料匯集與建構，除會員主動外，另由各地公會協助登錄及網路系統之連結，因 23 個公會彙集系統與牙全會系統各有不同，牙全會今年會投入經費進行整合。因牙全會已經開發，很樂意與健保作資訊之整合，未來網路也可連結。因該系統仍在增加有關牙周病統合照護計畫、特殊身心障礙者或醫缺地區院所醫師查詢功能，會再追加經費，可否與健保合作，試辦一年，並建請健保酌予提供合作經費。

主席：

有關 GIS 之功能，牙全會在總額評核會報告的執行成果不錯，現在報告好像不同。

翁代表德育

總額評核會中 GIS 執行成果報告展示的功能，現在網站上仍可看到，因 GIS 規劃約 3 年，陳代表所提為建構面臨的難。現行網頁內容與健保雷同，但在專業上增加一些功能，如牙周病需求可上網查詢院所，週六有看診之院所有那些，也上網查詢，得知是否有看牙周或特殊服務等。

王科長淑華

本署網頁也可查某一時點院所開診情形，且牙周病統合照護系統及牙醫特殊服務試辦計畫亦可於不同網頁查詢，牙全會 GIS 是在同一網頁查詢，未來後續如何連結整合可再討論。本署經費有限，本項作業由本署資訊組自行開發，並無委外預算，公會要求經費補助有困難。

主席：

請牙全會通知會員，看診時段如有變動，務必於本署 VPN 完成更新，一般每月變更一次，不會經常變更，請轉知會員配合辦理。

第五案：修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

王科長本仁

醫審補充說明，牙科總額品保方案，指標包括醫療利用率、保險對象就醫權益及專業醫療服務品質，又包括保險人提供資料及受託單位提供資料兩類，因衛生福利部於 102 年 8 月 7 日發布實施「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，衛福部指示，品保方案相關指標應依該辦法規定修訂相關項目名稱。本次修訂專業醫療服務品質指標內容分二部分，包括指標名稱之修訂，主要將品保方案現行指標名稱修訂與「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」一致；另參考值及監測值，因以前總額評核會及監理會議提及與實際值差異過大，故修訂拉近差距，惟各細項操作型定義不變，相關修訂可逐項討論。

主席：

附件 1 針對新版項目名稱之修訂，附表 2 針對服務品質指標之參考值修訂，請參看修訂說明。請代表表示意見。

翁代表德育

很納悶為何修訂本案未知會牙全會，參考值是健保署自行訂定，基準為何，希望能尊重專業，評核會委員僅表示部分監測值與實際值差距較多，10 多年前，各項數據係經過努力達到現有的狀況，現在好像建議全部以最近 3 年全署平均值作參考值，建議與牙全會討論後再訂定，而且不應以報告案處理。

王科長本仁

指標項目及操作型定義與品保方案內容相同，另調整參考值的定義，如改以討論案

形式處理，並無意見。有關參考值之目的與用途，本署修改前曾經討論，係作為國家整體品質變化趨勢觀察，是以目前情況與以往時間點作比較，觀察其變化是否符合期待，故與最近 3 年平均值及 10%變動範圍比較，以了解趨勢變化是否合理，另補充說明 10%變動範圍主要因品保方案之點值變動幅度為±10%，故建議採用。

陳代表建志

每個指標代表之統計意義不同，所有參考值均用平均值，恐有不宜，因許多指標統計分布為右偏圖形，曾經討論部分指標採用中位數，另 10%變動幅度在品保指標上不一定全部適用，應先了解各項指標數據分布情形。

吳代表成才

醫院牙科與牙科診所執業型態差異很大，如一概以最近 3 年全區平均值±10%作參考值會有問題，譬如 13 歲以上牙結石全口清除率，醫院和診所必定差異很大，其他指標是否有類似情形，只要拿出過去之數據來看，數據會說話，建議再檢討是否採此參考值。

主席：可否請學者專家給予指導參考

杜代表裕康

個人未看到資料，無法知道分布情形，但其參考值採平均值，未採 75 或 90 百分位數，不知擔心之理由為何？

翁代表德育

有些指標長久以來，已做得很好，用平均值可能會脫離現況，又許多指標有不同屬性，部分採用平均值可能顯得寬鬆，有時可用國際標準設定，用指標可引導醫療專業，具有很多功能，如僅侷限用平均值，很可惜。

李代表麟揚

如果固定用近三年的平均值當參考指標，則對於近三年表現很好者，將因判定標準亦隨之提高，而隨時有稍不注意即可能被否定的危機感，彷彿一個人必須時時踮者腳走路，則勢必無法行之久遠。另外，有關指標的參考值可能不要只用一個，例如：可考慮用過去 3 年或過去 10 年平均值比較，或可用中位數，因為當資料呈現右偏時，採用平均數當作集中趨勢的指標可能失真（偏高）。且剛才醫院牙科代表所提不同的 Group，應有不同的考量，也很有道理。指標計算方式必須考慮適才適所，讓大家朝更好的方向去努力，是大家共同的目標。

陳代表彥廷

本案未看到真正分布的情形，如分區及層級別之差異。以往該類指標被應用時，曾有分區別指標有些微差異就被要求檢討，而事實上可能並未較以往差，如此在分區的管控下，可影響院所對民眾醫療提供服務的情形；另外希望所有指標之數據能按分區及層

級別區分統計，並經充分的研析，再考量訂定參考值，以免降低未來的可用性，宜審慎。

王科長本仁

謝謝各位專家學者指正，當然每一個機構的品質的表現有 variation，但本案指標一直強調觀察品質指標整體變化的趨勢，即將現在與過去比較。至於個別院指標問題，是另外一個議題。

健保會林組長宜靜

醫審想將資訊品質公開與品保方案品質二套系統整併為一套，個人覺得應分開來看，全國品質趨勢是給民眾看，立意良好，但品質確保方案，是希望總額後，醫療品質有長期提升的動力存在，是重要的管理方式，故訂定監測值，目的在作分區管理輔導時，有一好的數值可加以比較，是否偏離；另一部分專家建議訂目標值，希望有好的品質水平，是大家努力的目標，建議二個系統所需管理之參考值，還是不同較佳。

王科長本仁

所有指標希望弄成一套就好。若品保方案指標與品質資訊公開辦法之指標各弄一套，是另一項選項，但本案所提國家整體醫療專業品質指標建議可弄成一套，是建議選項，目前同項指標名稱及操作型定義應該相同，請先確立，如參考值有不同看法，可再開會討論確立。

翁代表德育

建議帶回討論，本件影響民眾權益甚大，非同小可，不宜作任何決議，建議謹慎處理，請讓本會帶回去研議

主席：

品質指標是兩套或一套，及參考值如何訂定，是分開或一套，請健保會表示意見。

健保會林組長宜靜

管理面使用指標，翁代表已提到分區管理有需要，對會員影響甚大，應分開。

吳代表成才

再次強調，在牙醫門診總額部份，用全區平均值的可能偏差，因牙醫門診的量 92% 是診所作的，全區平均值幾乎等於全區診所之平均值，但一定與全區醫院牙科之平均值有所不同，主因在於醫院牙科與診所執業型態有落差，以現列的指標而言，部分項目可能很接近，部分項目差異會很大，所以可考慮：要不就分為兩套指標，不然請將醫院與基層診所差異太大之項目拿掉，才能用唯一的指標。

陳科長玉敏

新版與舊版指標實質內容與操作型定義均相同，僅名稱稍有差異，故建議第 2 頁 8 項名稱可修訂為一致，至於參考值部分，如牙全會覺得那項指標不適用 $\pm 10\%$ ，可回去

檢討，該如何修訂，可再討論。

主席

請牙全會與醫院代表針對參考值到底用平均值或其他方式，如有不宜者，可拿回去研議，一週可以嗎？

謝代表武吉(王代表秀珍代)

認同剛才牙全會委員提出指標設定應該要尊重專業的意見，且如同吳成才委員意見，若要設定閾值也應該要考量醫院與診所的服務型態，而各分區結構的不同也應該有所考量；雖然健保署同仁一再強調本案看的是全國趨勢，但各分區卻都以此為管控指標，這對醫界來說是很大的困擾，醫院的慢性病連續處方簽，就是一個血淋淋的案例；若要就新舊指標對照說明，其中有些指標是指各區，改為新版卻都刪除各區，認為各區的名稱要保留；認同本案應該攜回由醫界內部先行討論。

王科長本仁

因指標操作型定義不變，產出統計結果，分區及全國數值與過去相同都會呈現。本次係因公開辦法行政法規規定，且衛福部來函指示品保方案指標項目名稱應與法規相同，故作指標名稱變更。

翁代表德育

看起來指標名稱是一樣，但既然兩三年討論一次，建議名稱和指標可同時攜回討論，因有醫院及六分區及困難問題要討論，請給一個月時間。

林代表錫維

本案以被保險人立場，目前新舊版名稱如不影響權益，建議通過，至於以平均值作參考值之爭議，可作成附帶決議，原則以10%作參考。如牙全會有不同看法，可使用監測值進行處理。有關監測值用幾年監測，請專家作界定，或3年或5年，不要全部用3年，可再檢討，並在訂定的時候再討論。以被保險人立場，本案不宜一拖再拖延。

陳科長玉敏

指標名稱比對，新版較簡明，定義未變且經健保會通過，應無問題。

季代表麟揚

流行病學中有個術語叫' ecological fallacy'，中文譯為「生態謬誤」，就是指直接以群體指標分析的結果，判斷個體罹病的危險性，是很容易造成誤解的。就好像全台灣房價的平均值不宜直接用來判斷台北市的房價是否合理一樣。本案業務單位已說明各項指標只是用來看全國牙醫醫療服務品質逐年變化的趨勢，而不會用來做各分區之間的比較。如果日後在呈現指標數值的同時，能夠將前述的目的併敘明，也就不會引起誤會或疑慮了。

翁代表德育

業務單位指標名稱 ok，參考值請讓攜回討論。

主席

專家學者代表說的沒錯，全國指標與分區指標無法比，業務單位已說明分區與全國指標會同時公告，所以參考值、相關監測值及操作型定義，請帶回去一個月內討論完成，將結果送本署業務單位，如有需要再請牙全會、醫院代表開會討論。原則上，名稱照行政單位所擬處理。

陳代表彥廷

贊成主席結論，再次強調指標應用方式，目前影響各分區之運作，如要臺北與澎湖比，部分分區利用率過高，會被提出，導致院所會調整服務，其實不希望不明確定義之數據影響民眾就醫權益。例如臺北與花東如何能比，故請說明本次只是看整體品質變化趨勢，不要擴大解釋。

主席

結論不變，臺北業務組也有金馬院所不跟台北比，宜蘭地區院所想跟自己比，確實同一分區都有此情形，更何況是六分區，故在座各分區同仁，今天討論指標公開，主要是讓民眾參考趨勢，及牙醫界在口腔健康照護上目前的狀態，請依結論辦理，並請醫院代表協助，如有指標需區分醫院與診所者，請明確提出。

討論案

第一案：：有關「牙醫緊急就醫病人處理原則」案如附件 3，提請討論。

主席：請業務單位提出說明。

王科長淑華

本案也是某報報社人員緊急牙痛，無法看到病，故發動去查，並加以報導。本署於 7 月 17 請牙全會來討論，主委說牙痛不一定要馬上處理，吃藥止痛也可以，但兒童牙痛無法看到牙醫，一直哭，該如何處理？故請研議牙醫緊急就醫處理原則，原請 8 月底完成，但為求共識，先提出於本次會議討論。

主席：

各位代表如無意見，先照案通過，請問行政單位要公告在本署網站上嗎？

王科長淑華

請牙全會將處理原則，補充提供文字說明。

陳代表彥廷

有些內容要補充，相關專業建議會文字說明並印出，且會揭露在網站上，並會調查目前提供牙科急診之院所名單。

王科長淑華

流程圖中轉介醫療院所如何轉介，請文字再做補充。

陳代表彥廷

尚有部分內容再作修訂，如假牙脫落或腫痛之處理，將一併處理。

主席

請牙全會作部分修正及補充文字。

劉代表俊言(溫代表斯勇代)

牙醫緊急就醫處理原則之標題中之「緊急」，以文獻回顧的內容看來，意思比較接近為「臨時」就醫，而不算是「緊急」就醫，是否可以修改任何文字包括標題？或仍按上次會議決議處理。

主席

標題確實有些疑問，例如西醫基層急診有條件，如不符合急診規定，均須勸轉門診處理，但現在民眾就醫權益，在保險介入後確實有些很難處理。

王科長淑華

臨時就醫或緊急就醫，因前次討論時，表示牙科無急診，故決定為緊急就醫，但如何訂定較洽當的名稱，尊重牙全會意見。

杜代表裕康

同意用「緊急就醫」有些 tricky，依 35 頁流程說明，好像全部都為緊急就醫，宜請定義何種狀況為緊急就醫，另流程圖是否適用所有的診所，目前牙科診所開業時間很長，是適用早上九點到晚上九時，或九時以後就醫情形，請全聯會討論時考量該類細節。另民眾一般門診時間未預約，牙痛就醫算不算緊急？英國國外緊急就醫就是到急診處，門診時間要排，但台灣行不通，希望不要太增加牙醫師的負擔。還有此流程圖是適用單一院所或某鄉鎮區或一個地區為單位，應予考量，以免公告後民眾依原則仍找不醫師。

陳代表彥廷

如考慮太多，沒有版本適合大家，本案以院所端考量，說明院所與病人接觸後，後續狀況如何處理，民眾可在網站上看到，另診所平常亦有提供緊急處理之原則。

杜代表裕康

英國是公醫制，家醫會留下緊急電話，提供非看診時間緊急醫療資訊服務，如是否馬上或另外找一位醫師看，通常有好幾家診所合作輪流值班。故從民眾觀點，可否由

公會或幾個診所提供正常時間外看診的機制，如此流程圖對一般病人之意義較大。

林代表錫維

個人認為緊急是 24 小時都能看診，且收費也應有不同，如能以 24 小時的服務方式，輪流看診，資訊公開，提供緊急醫療，就不會浪費許多診所的資源。

主席

決議先以院所端為設計處理原則，名稱可再考慮。未來願景可參考健保會代表建議去思考，如讓所有牙醫 24 小時守著院所，也會影響醫師健康。目前本署家庭醫師整合照護計畫有 5、6 個醫師合作，由醫師輪流接聽電話的模式亦可參考。請牙全會趕快修訂內容，函知本署。如牙齒臨時有問題可如何就醫等資訊公開，民眾的就醫權益才會更明確，未來的理想，大家可一起努力。

吳代表成才

本案所述處理原則能解決部分問題，事實上緊急就醫病人到診所仍有可能會被拒絕，尤其是半夜的牙科急診，建議應提供獎勵，目前有很多醫院 24 小時提供牙科急診服務，半夜要看診成本很高還要擔心安全，而給付與平時一樣，請全聯會及健保局應思考急診之加成。

主席

那是另外一個議題，本提案請牙全會協助，如無臨時動議，會議結束，外面風很大，請各位注意安全。