

「牙醫門診總額支付委員會」100 年度第 1 次臨時會會議紀錄

時間：中華民國 100 年 11 月 29 日下午 2 時整

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

出席委員：(依據姓氏筆劃順序排序)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
王委員盛銘	請假	吳委員棋祥	請假
王委員棟源	吳信忠	黎委員達明	請假
呂委員毓修	呂毓修	張委員宏如	黃鈺生代
沈委員一慶	沈一慶	黃委員建文	黃建文
林委員俊彬	林俊彬	阮委員議賢	阮議賢
林委員文德	林文德	許委員堂錫	徐正隆代
林委員啟滄	請假	黃委員月桂	請假
林委員敬修	林敬修	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
翁委員德育	李楊鈞代	張委員文輝	請假
梁委員淑政	梁淑政	張委員世澤	連新傑代
許委員世明	許世明	劉委員俊言	劉俊言
陳委員一清	請假	郭委員正全	請假
陳委員建志	葉建陽代	謝委員武吉	請假
陳委員彥廷	陳彥廷	羅委員界山	羅界山
陳委員瑞瑛	請假	蘇委員益信	蘇益信
吳委員成才	請假		

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會

行政院衛生署

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫檢師公會全國聯合會

台灣社區醫院協會

中華民國藥師公會全國聯合會

本局臺北業務組

林淑華

陳真如

謝欣育、邵格蘊、廖秋英、

朱智華、潘佩筠

王榮濱

王維蓮

陳宛伶、鍾明貴

莫翠蘭、邱玲玉

本局北區業務組	呂淑文
本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	李彩萍
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	劉翠麗
本局醫審及藥材組	曾玫富
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、 王淑華、甯素珠、張作貞、 鄭正義、楊耿如
主席：黃召集人三桂	紀錄：張桂津

壹、 主席致詞(略)

貳、 討論事項

第一案 提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：新增及修訂「牙科支付標準表」案。

結論：

- 一、「牙科支付標準表」依會議討論結果新增及修訂如附件 1，將依行政程序辦理後續事宜。
 - 二、複合體充填之執行率計算公式說明如下：
 - (一)、比較基期(89011C 醫令數)A

$$= \Sigma(98 \text{ 年至 } 100 \text{ 年 } 20 \text{ 歲以上(費用年減出生年)89011C 醫令數})/3$$
 - (二)、101 年 20 歲以上(費用年減出生年)89011C 醫令數=B
 - (三)、101 年複合體充填扣除替代後之執行點數 C

$$= 101 \text{ 年新支付標準執行總點數} - 101 \text{ 年替代性減少之 } 89011C \text{ 醫令總點數}$$

$$= (101 \text{ 年新項目醫令數} \times \text{新項目支付點數}) - (A - B) \times 400$$
 若(A-B)小(等)於 0，則以 0 計算。
 - (四)、執行率=C/113 百萬。
- 註：1. 20 歲以上(含 20 歲)，為費用年減出生年。

2. 101 年 5 月由健保局提供預估全年執行率。

三、有關 90094C 點數調增乙節，請牙醫師公會全國聯合會配合辦理事項如下：

- (一)、委請牙髓病學會撰寫 90094C 之治療步驟刊登於全聯會會內期刊以加強宣導，並辦理相關再進修課程。
- (二)、辦理記者會，加強民眾之衛教觀念。
- (三)、適當抽審以監控 90094C 之醫療品質，並監控 90094C 之成長。

第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關修訂「101 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(草案)」案。

結論：依會議討論結果修訂如附件 2，將依行政程序辦理後續事宜。

第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「101 年度全民健保牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫(草案)」案。

結論：依會議討論結果修訂如附件 3，將依行政程序辦理後續事宜。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「101 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫(草案)」案。

結論：

- 一、依會議討論結果修訂「101 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫(草案)」如附件 4，將依行政程序辦理後續事宜。
- 二、有關研擬提高執行率及監控病人自費方式，內容如下：
 - (一) 請牙全會提供牙周病治療之標準作業流程，包括健保支

付牙周治療之各項處置、手術及藥材等，並與健保局確定後，刊登於健保局及牙全會或院所網站。

- (二) 除牙周病統合照護計畫所列健保不給付項目，並與健保局確定後，併標準作業流程資料置於健保局、牙全會或院所網站，至於自費價格，則請各院所依衛生主管機關核定價格公開。
- (三) 收據詳列自費項目及點數。
- (四) 於計畫中詳列牙周病治療之標準作業流程，牙周病治療健保不給付項目查詢網站，及牙全會與健保局各分區業務組之牙周病收取自費投訴專線電話號碼。

第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關修訂「101年度全健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案(草案)」案。

結論：

- 一、依會議討論結果修訂如附件 5，將依行政程序辦理後續事宜。
- 二、請牙醫全聯會下次會議時，報告牙醫醫缺今(100)年前 3 季的執行成效。

壹、 討論事項與會人員發言摘要詳如附件 6。

貳、 散會：下午 16 時 10 分

附件7 「討論事項」與會人員發言摘要

第一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：新增及修訂「牙科支付標準表」案。

黃召集人三桂

第一案為新增及修訂「牙科支付標準表」，請各位委員參閱桌上的補充資料，對於健保局意見，請全聯會表示一下意見。

陳委員彥廷

- 一、有關「乳牙根管治療」排除身障者免附 X 光片，原則同意健保局意見，針對病情無法配合的病患，得免附 X 光片，但需在病歷上詳細記載。
- 二、有關「難症特別處理」(90094C)的部分，為鼓勵牙醫師進行本項治療，建議健保局再加以考量通過本項，因目前給付偏低。
- 三、有關「保護性肢體制約」部分，本會不堅持，但本項是為了讓身障者可以在更保護、安全的情形下，進行牙醫治療。

蔡組長淑鈴

- 一、針對身心障礙者提供牙醫特殊服務，本局未來將針對本計畫進行成效評估，以瞭解本計畫執行多年，對身障者牙醫服務之品質與成效，列為未來計畫修訂參考。
- 二、針對「乳牙根管治療」備註之修訂，牙醫全聯會希望修改為身心障礙者不在此限，本局認為執行根管治療，能照 X 光片，對評估病患根管的病情是較好且安全的，本局建議，如果可以照 X 光還是要照，如果有困難，也應敘明原因才得免附 X 光片。
- 三、針對「難症特別處理」(90094C)的部分，健保局建議預算中平，若要提高支付標準，須要提減項配合，但全聯會表示「不應任意刪減現有之醫療服務」；目前在支付標準表中，難症雖有定義，本案全聯會建議定義不變，逕提高支付標準，本局建議全聯會先將難症定義清楚，執行上較不會有偏差。
- 四、針對「保護性肢體制約」部分，在特殊計畫中支付係針對身心障礙者障礙等級，故牙醫服務的複雜度，已隱含在加成裡面，最高加成 7 成，建議目前仍不宜重複增加新項目。

林委員文德

- 一、針對調整「難症特別處理」(90094C)的點數部分，並未看到預估

會新增多少預算，以預算中平來看，增加一些預算，勢必有一些項目會減少，像初診診察費，費用支出到10億，若項目一直新增，但沒有減少的情形，是不是量的部分會有壓縮，造成點值可以保持一定，這是消費者會比較擔心的。

二、另外，在今天的「複合體充填」成本分析的補充資料中，有關主治醫師每人每分鐘成本為14.2元，上次提供資料是34.72元，請說明計算差異。

三、另可否說明「複合體」材料成本之估算方式。

連委員新傑

一、針對蔡組長的疑問，在支付標準表中，90094C所稱之難症為在X光片上根管內顯現出阻塞，已有明確的定義。

二、針對林教授的疑問，主治醫師的成本，上次是參考支付標準複合體的分析，但健保局認為高估，所以這次是用台大醫院主治醫師的薪水(月薪15萬，24個工作天，每天8小時)做成本分析，助理人員則以3萬5仟元月薪估算。

陳委員彥廷

一、有關林教授所提初診診察費部分，當初新增初診診察費時，全聯會有將X光片支付費用調降，X光片的申報就大幅下降。

二、有關主治醫師費用之成本，本會採納別人的資料，非本會自行試算。

黃召集人三桂

其他委員針對這個案子還有沒有意見？如果沒有，就依討論結果通過，謝謝全聯會的配合。

第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關修訂「101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(草案)」案。

黃召集人三桂

本案為修訂「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，請牙醫全聯會表示意見。

林委員敬修

- 一、第 18、19、20、21、22、23、24、25、26 頁，同意健保局修訂意見。
- 二、第 27 頁，本會建議保障額度每個層級調高 2 萬元，健保局不同意；本會為了增加讓牙醫師從一般服務地區可以移到醫療資源不足區之誘因，並且可以增加服務量與品質，因此希望今年可以再調高 2 萬元，去年調高 4 萬，也新增了 4 位醫師，因此，增加保障額度有很大的作用。
- 三、到這邊，先看健保局有沒有意見。

蔡組長淑鈴

有關執業保障額度，如果預算足夠，我們支持，不過，目前申請醫缺地區執業計畫之醫師的品質，如何去篩檢？

林委員敬修

在醫缺方案中，已訂有執業品質的保障標準，本會每年進行考核，如果業績未到標準，或民眾抱怨，本會會先輔導，如果還是未達，就會要求退出計畫。

蔡組長淑鈴

如果他繼續在那邊開業，公會要怎麼辦？

林委員敬修

他如果在那邊開業，就是一般服務，沒有加入這個計畫。依本計畫的考核辦法(第 73 頁)，如果考核成績未達 70 分，就要接受分區輔導一季，要求改善，並提出改善計畫，如果覆核未達 70 分，就要停止執行本計畫；如果當次考核分數未達 60 分，當次就要改出這個計畫。

蔡組長淑鈴

至目前為止，有多少人退場？

林委員敬修

97 年時有幾位醫師因未達考核標準有退場；今年則有 2 位醫師有問題，預計 12 月再考核乙次，若屆時考核未過，則會要求他們退場。

蔡組長淑鈴

在一些醫缺地區，未具經濟規模，但為了提高就醫可近性，希望有執業醫師進駐，所以給予保障，但是如果他在那裡的時間不多，或人不常在那邊，是否要來討論保障額度這項措施的規則是否要訂得嚴謹一點？

林委員敬修

本計畫已規定醫缺執業醫師一週至少做 5 天，一週達 24 小時在執業處，包含 2 次夜診，而且不得支緩其他院所，在其他院所申報的費用是沒辦法給付的。

林委員文德

請問一下，有保障額度的這些醫缺地區執業院所，他們提供的服務量大概是多少？跟保障額度是有多少差距？要不要設定一個管控措施服務要達多少，才能給予保障額度？不然，只看到保障額度一直加，看不到服務量的總量有增加，也看不到增加保障額度的績效。

林委員敬修

在方案裡有規定，依醫缺層級，服務量要達保障額度的一定比例，才能用保障額度給付，本會跟健保局進行考核時，會評估達不到服務量的院所，瞭解其達不到的原因，加以輔導。

蔡組長淑鈴

去年才調 4 萬，今年還要再調 2 萬，會不會太密集？

林委員敬修

去年本來是要直接調 6 萬，後來只有調 4 萬，本會認為，要讓醫師願意進去醫缺地區執業，調高保障額度比較容易讓醫師願意進去。

黃召集人三桂

目前參加醫缺方案的執業醫師，一共有多少人？金門有沒有？馬祖有沒有？澎湖有沒有？有幾位？

林委員敬修

32 位醫師，10 月有 2 位申請，到年底會到 34 位。金門有，馬祖沒有，澎湖有 4 位。

黃召集人三桂

第四級牙醫醫療資源不足地區保障額度提高到 30 萬，等於是每天 1 萬元，服務量只要 20%，也就是 6 萬，等於是每天二仟元。

蔡組長淑鈴

第四級地區，滿二年者，第三年起總服務量須達保障額度 15%，前二年可以不用達到這個比例？

林委員敬修

考量有些地區人數真的沒那麼多，前二年比較沒辦法達成目標，所以有這個規定，但本會也發現訂了這個之後，總服務量反而

下降，因此，本會考核時，多要求執業院所要達到 50%保障額度的服務量。

蔡組長淑鈴

如果依這個規定，一、二級是從第二年起，開始限定服務量，三、四級是從第三年起限定服務量，那如果院所作滿二年就遷移，目前有這樣的例子嗎？

林委員敬修

目前離開的醫缺執業醫師多是個人因素較多，因為院所在開業時，都有一些開銷，如果只是做一、二年，這樣是不太划算，以我們的經驗，是沒有這種案例。

蔡組長淑鈴

一年有將近 3 百萬，二年就有 6 百萬，二年內沒有要求，第三年才開始要求很低的額度，一級並不偏遠，二級也不是很偏遠，四級可能是離島，一級、二級是比較靠近市區，那你都不用管他的服務量、給民眾什麼服務？

林委員敬修

滿一年本會就進行考核，若未達就會進行輔導或處理。

黃召集人三桂

- 一、第 56 頁牙醫醫缺執業計畫所列的幾個鄉，譬如說石碇、坪林、烏來，離台北都很近，尤其現在快速道路那麼多，交通不是問題，如果一個醫師去那裡執業，二年領了 576 萬走，沒有嚴格管控機制，怎麼辦？計畫不夠完善。
- 二、我是同意醫師到醫缺地區提供醫療服務，但管控機制太寬鬆也不宜。

蔡組長淑鈴

建議如果要調高保障額度，管控措施也要嚴格為宜。

陳委員彥廷

- 一、本會在推醫缺方案，最大的困難在找不到醫師，大家不願意去偏遠地區執業，在實務上，其實沒有那麼大的吸引力。
- 二、組長所提的管控內容的調整，本會原則同意，但去年我們提高保障額度後，確實有比較多的人進來；如果石碇那麼好，大家到台北那麼方便，應該有很多人會進來，但是因為我們很多的要求他們做不到，就退出。

蔡組長淑鈴

醫缺地區有診所去開業，我們應該很珍惜，但是為什麼民眾不去使用，還是要跑到都會區來看病，這是大家要關切的地方。雖然有開立診所，但是沒有提供良好條件和有品質的服務，結果民眾不去使用，但本計畫一直額度保障，但是民眾還是不去使用，這是這個計畫本身問題所在，因此，本局建議要先把本身的問題解決，不是一直增加保障額度，不是形式達到就好，而是民眾能對新來的這家診所有信賴，願意去接受服務，不用到較遠的都會區就醫，這才是這個計畫最核心的目的。

陳委員彥廷

目前針對醫缺巡迴，重點不是擴點，而且目前現存的點可以站穩，在該區可以提供適當的醫療服務，所以，目前重點在個別輔導，輔導的重點在瞭解其服務量無法增加的原因，若經濟規模確實不符效益，公會也會做一個取捨。

黃委員建文

謝謝健保局所提意見，本會同意暫時先不調整保障額度。

林委員敬修

- 一、第 27 頁 6. 與第 28 頁 1. 修訂說明文字部分，同意健保局修訂意見。

- 二、第 28 頁調整論件支付點數部分，是配合醫療團之需求同步進行修訂，至後面醫療團部分再一併討論。
- 三、第 29、30、32、35、36、39、40、41、42、43、44 頁，同意健保局修訂文字、說明與意見。
- 四、第 45 頁，若屬特殊困難地區，可以選擇論次或加成給付，本會建議納入三級(含)以上地區。因為齶齒填補率要達 80%以上，才能申請論次給付，但是考量三級地區，若到學校巡迴論量加上加成仍不足以支應，所以建議納入，就可以申請論次加論量的費用，請問健保局是否同意？

黃召集人三桂

同意。

林委員敬修

第 45 頁下半部調高論次支付點數，主要是考量醫療團還要再帶助理，論次費用來支付醫師與助理的費用過低，例如貢寮醫療團，一個診次(3 小時)4,500 元)，看診的人又非常少，不足以支應。本會希望醫療團的部分可以增加，所以提出修訂。

蔡組長淑鈴

本次計畫修訂，調整加成也調整論次點數，一直鼓勵院所去，一直加錢，可是沒有考慮服務內容是否提昇，最近巡迴之執行成效沒有再進步，又一直調高支付，只有將專款的執行率拉高，實際上品質沒有提昇，民眾接受到的服務沒有因此而變好，可否請全聯會再思考？在費協會討論時，委員的訴求都是要多照顧民眾，執行成效重點應該是計畫服務的人次的執行率可以變好，健保局期待的是民眾可以獲得什麼樣的服務，而不是只有增加支付。

陳委員彥廷

在評核會時，本會針對此計畫報告的執行成效，除了預算執行，也有服務天數與服務人次，本會也希望能增加服務人數，所以希望透過增加支付的方式，讓一些能量再進來，並不是為了同樣的人次調高單價。

蔡組長淑鈴

依全聯會所言，是否調高單價，就可以增加服務人次？

陳委員彥廷

- 一. 本會就是希望可以增加服務人次，以新北市為例，都是理監事排班去的，如果該點穩定了，我們就會交給會員去執行，如果是真的有益在那邊，一定是大家搶著要，但實際上是理監事輪班去，調高支付的重點還是希望可以增加服務人次。
- 二. 明年度本會希望不是擴充新點，而是原來的點服務量可以增加。

蔡組長淑鈴

牙醫醫缺論次以小時計，再加上論量，已較其他醫別支付高，不建議再增加。

陳委員彥廷

雖然以小時計，但是若未滿3小時，還是以實際時數計算，當初牙醫用小時計算是有一些時空背景。

蔡組長淑鈴

牙醫醫缺以論量加論次支付，已行之多年，建議我們可以先停下來，針對支付方式與成效進行討論，再來研議未來修訂方向為宜。

林委員文德

- 一. 我也贊成先停下腳步，進一步評估在醫缺地區花了多少錢？這些民眾留在當地就醫的比例有沒有增加？不然我們就是送醫師進去，可是民眾都跑出來就醫，沒有達到本計畫的效果。

- 二. 費協會的協商精神，如果要增加預算，應該先提一些計畫成效結果，來說服委員比較適當。

黃召集人三桂

第 45 頁暫時先不要調整論次支付點數，請往下討論。

林委員敬修

- 一. 第 46、47、48、49、50、52、54 頁，同意健保局修訂文字、說明與意見。
- 二. 附件部分，第 82 頁新增 2 個巡迴地點(頭城鎮東北角海岸地區、蘇澳鎮大南澳地區)，因為宜蘭縣希望本會可以在這兩區提供服務，所以新增這兩區。

蔡組長淑鈴

看巡迴服務帶回來的照片，設備都太克難了，民眾會覺得很不安全，連平躺的檢查椅都沒有，是直接坐在一般椅子上接受治療，整體的設備、環境、光線與安全度，都跟診所有一段差距，會讓民眾覺得不舒服，不願意去就醫，建議未來針對巡迴點的設備，可以再要求改善，讓民眾感覺更舒服，可以比較放心去使用。

王科長淑華

- 一、第 26 頁「保障額度之費用，由本計畫專款支應」文字請刪除。
- 二、第 45 頁「同一時段同一地點支付一位牙醫師費用」文字請刪除。

林專門委員阿明

第 26 頁「保障額度之費用，由本計畫專款支應」文字請刪除。

高屏分區業務組李專員金秀

附件 1 附表內之牙醫醫缺執業醫師施行地區一覽表建議更新，例：澎湖縣白沙鄉(100.03)、湖西鄉(100.07)已有醫師執業，建議更新；另鄉鎮別已改制為 5 都之行政區者，亦建議更新為「區」。

黃召集人三桂

附件 1 附表內容，請全聯會協助更新。

高屏分區業務組李專員金秀

高屏分區業務組有 7 位醫缺執業醫師，其保障額度達成率約介於 30-40%間，但是實訪醫缺執業院所時發現，當執業院所內達成率不高時，應可能選擇到附近醫療缺乏地區巡迴，希望全聯會可以協助，是否可以協調讓那些醫療團的巡迴點優先給附近的醫缺執業院所，以提高其保障額度達成率，建議讓醫療團再去開發新的巡迴點，較能確保無牙醫鄉之醫缺執業院所可以留在當地。

蔡組長淑鈴

- 一. 目前醫缺執業醫師，論量有保障額度，如果去巡迴，又有論次可以拿，如果常去巡迴，變成執業點經常沒有人，如何取得平衡？
- 二. 巡迴點的環境設施，建議改善，繼續要做巡迴醫療，且為常設點，就把它做好一點，建議列為明年重點項目，這樣才能將民眾留在當地就醫。

林委員敬修

- 一. 醫缺執業點有限制，一周至少 24 小時要在執業點，出去巡迴不含在 24 小時內，不會有都不在這個問題。
- 二. 針對鼓勵多做巡迴這部分，目前本會辦理中。

黃召集人三桂

各位委員還有沒有意見，如果沒有，就依雙方討論溝通的結果進行修訂。

第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「101 年度全民健保牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫(草案)」案。

黃召集人三桂

本案為「特殊服務項目醫療服務試辦計畫」，請大家翻到 97 頁，有意見的部分，請逐項討論，請全聯會說明。

羅委員界山

- 一. 所謂特殊計畫即是針對特定身心障礙者提供牙醫特殊醫療服務，但大家都認為配合度低，有就醫困難者才需要特殊服務，有一些障別被排除在外，健保局應整體照護這群弱勢者。
- 二. 第 96-97 頁，同意健保局將罕病患者及重度以上肢障與視障者納入，本會希望可以將中度以上的肢障者也納入，因為他正常活動能力喪失 70%以上，基本上已很喪失很多，有很大的醫療需求；另外，希望再加「重要器官失去功能」者，重要器官包括心臟、肝臟、呼吸器官、腎臟、吞嚥機能障礙、骨頭、腸道、造血機能失去功能者，生活自理能力幾乎沒有，要長期仰賴藥物及旁人照顧，所以醫療需求是有的，所以希望可以一併納入。
- 三. 第 98、99 頁，同意健保局意見不修訂。
- 四. 第 100 頁，同意健保局修訂文字。
- 五. 第 101 頁，因為治療身心障礙者，困難度較一般人高，為鼓勵醫師可以持續參與本計畫，讓服務點可以多一點，使身心障礙者可以接受到服務，提高加成成數是比較快、有效的方法；若貴局不建議調整輕度、中度，但我在這邊澄清，不是身心障礙輕度，治療的困難度就比較低，若本次不調，本會亦無意見，但希望極重度與重度可以調整。
- 六. 第 103 頁，每診次申報點數以不超過 3 萬點(含論次費用)為限，因為特殊服務還包含有論次費用，論次費用可能吸引到很多牙

醫師去執行醫療團，但擔心醫療團只衝量，沒有顧及到品質，本會預估乙次治療合理費用為 2 萬多元，因此以此來管控，如果健保局擔心因此影響民眾就醫權益的話，本會也是可以同意不改，但本會是覺得不會影響其就醫權益。

七. 第 103-104 頁，有關放寬的理由，本會可以同意健保局意見不修改；另原第 6 人起按 6 折給付，因為身障的醫療處置跟居家照護基本上是不一樣的，所以我們希望能夠鼓勵醫療院所去服務無法出門就醫的身心障礙患者。

八. 第 106 頁，同意健保局意見。

蔡組長淑鈴

身心障礙者的特殊服務，也是論次加論量的概念，論次也是一個小時來算，相對於醫缺的機會成本(一小時 1,500 元)，特殊服務則是 1 小時 2,400 元，所以論次的部分已經高了，論量還加成，建議我們應該回過頭來想想，同樣是照顧弱勢，一個是地區的弱勢，一個是身心障礙的弱勢，我們都認為去做的人是有愛心的，不是有所圖的，但是我們一直在調高它的支付，特殊服務的誘因已高於醫缺，光是論次一次 3 小時就是 7,200 元，再加上論量，最多加 7 成，101 年還要變成 1.9 倍，都是在給付的部分打轉；而且，身心障礙者也可能去一般牙醫診所就醫，但是沒有加成，也沒有論次，接受一般服務的比例亦不算少，比較起來，顯不合理。

羅委員界山

這些做特殊醫療團的醫師，犧牲診間看診的時間，帶著助理和醫療器械，到設備比較不足的機構裡面從事醫療服務，冒的風險比較高，而且不符成本，除了開車的風險，在設備不足的地方如果遇到緊急情形如何處理？是不是要多帶急救設備？廢棄物如何處理？廢棄物帶回來處理也是有一些風險，這些也都是成本，所以，論次的費用其實只是針對這些情形再多給一點給付，我們算過，就算給這些給付，離實際的成本還是相當大。我們是希望身心障礙患者可以就近就醫，不用都擠到大醫院去，所以希望這些投入特殊服務的醫師獲得的給付趨近成本，才可能持續做下去，雖然本會近年大力推廣，實際上有很多醫

師符合資格，但參與本計畫的醫師數並沒有成長很多，風險與成本都是因素，所以，本會希望可以透過給付的誘因，讓進來的醫師可以留住，不再流失。

陳委員彥廷

- 一. 本會八月的時候有訪視台大與雙和醫院的身心障礙特殊服務中心，他們把相關的成本做了一些分析報告，我覺得調整加成與論次的給付不是加碼，而是再貼補他們的成本，基本上治療那些重度以上的成本真的很高，目前的給付真的是不夠。
- 二. 肢障者在接受牙醫服務時，實際上是有就醫困難，如交通接送、回去能不能維持得好等，都要花時間去溝通與教導，是民眾的需求。
- 三. 雖然論次 3 小時 4,500 元，但實際上醫師帶助理與設備，再加上交通時間，可能要花一整天的時間，因此成本是比較高的，目前除了理監事外，不會有太多人想去。

林委員文德

- 一. 特殊服務的成本一定是不夠的，不過，站在健保整體的角度來看，我們把病人的牙齒都照顧得很好，可是他可能是腎衰竭過世，所以，如果要調高這些費用，來鼓勵大家去做居家牙醫特殊服務，是不是應該把各科別都考慮進來？這可能是健保無法單獨可以承擔的，是否應考慮未來納入長照，或由內政部的身心障礙福利預算來支應，不然牙醫給付費用提得很高，其他科別若要比照辦理，則健保財務無法支應。因此，這個部分是要鼓勵，但也要宏觀來評估其合理性。
- 二. 另外，個人想要多瞭解這些身心障礙者分布地區的情形，住在都會區者是否利用比較多？各區身心障礙者是否都能接受特殊照護等。

李專門委員純馥

- 一. 原本的特殊計畫，是包含所有障別，但在監理會會議時，有消費者委員認為部分障別應無就醫困難，不需納入特殊計畫，所以協商時才提出限定障別的規定，如果現在要開放，消費者委員可能會認為錢沒有花在刀口上，而且，那些沒有列入特殊服務障別的身心障礙者，也是有到一般的醫院或診所接受牙醫服務，而醫師

照顧這群人時也是一視同仁，並沒有再加成，那部分的就醫者比本計畫的還多，健保局針對計畫修訂會比較審慎，另本局亦同意開放罕病患者及重度以上肢障與視障者納入，也是希望有些許放寬。

- 二. 針對加成部分，本局擔心障別開放，加成率又調高，又限縮醫療團每次含論次費用不得超過3萬元，前後矛盾，是否請全聯會再考量？

羅委員界山

是否要納入本計畫的照護對象，應該不從障別看，而是看他功能喪失情形，個人認為喪失70%以上(中度)即是就醫困難，就應納入，若健保局認為目前階段不宜納入，本會同意健保局意見。

黃召集人三桂

請林委員表示一下意見。

林委員俊彬

同意健保局意見，要全盤思考來調整，再研擬細一點。

李專門委員純馥

3萬點的部分，全聯會是否還是維持原意見？

羅委員界山

- 一、是，維持原意見。
- 二、在費協會協商時有提到本計畫要擴大障別還有提高給付。

蔡組長淑鈴

再確認一下全聯會意見，第104、106頁？

羅委員界山

都同意健保局意見。

黃委員建文

費協會協商時委員有提出來擴大障別，而且重度以上困難度是比較高的，在雙和醫院訪視時，看到4個人協助扶著重症病人，因此費協會委員是非常支持這個計畫，適度擴大障別，重度以上是不為過，健保局若對開放中度有疑慮，本會無意見。

黃召集人三桂

還有沒有疑慮沒有澄清的？

羅委員界山

請問是否同意加成部分？

黃召集人三桂

暫時先不同意。

羅委員界山

但是費協會協商有要求擴大障別與提高加成。

費協會林視察淑華

內容好像是擴大障別或提高加成。

黃召集人三桂

若沒有問題，依討論結果辦理，進行下一案。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「101 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫(草案)」案。

黃召集人三桂

本案為「牙周病統合照護計畫」，請逐條核對。

陳委員彥廷

- 一、第 141 頁預算來源與支付範圍修改部分，同意健保局意見，每點點值不以 1.3 元計算，而以每點點值 1 元計算，惟移撥額度，建議按目前實施比例 79%計算，重新計算後，移撥額度為 1.44 億元。
- 二、第 142 頁有關 VPN 登錄作業，同意健保局意見保留。

張科長溫溫

建議移撥預算部分增加說明，第 4 季若有節餘則回歸一般服務。

李專門委員純馥

- 一. 確認一下修改文字再往下：自 101 年度全民健康保險牙醫門診總額移撥 1.44 億元，其點值每點 1 元，第 4 季預算金額不足時，採浮動點值結算。
- 二. 第 148 頁修改管控部分，依上次(100 年 11 月 15 日第 4 次牙醫支委會)會議報告案第 7 案結論辦理。
- 三. 第 150 頁有關成效評估指標本局意見，請全聯會發表意見。

陳委員彥廷

本會有提議把 91008C(齒齦下刮除術—局部)刪除，因為病情較嚴重的病人有特殊需求，我們是怕如果納入，這部分為需求會被忽略，但這有實質上的需要，也不是全口(齒齦下刮除術—全口)，所以希望這部分可以保留，較嚴重的病人不會被忽略。

黃召集人三桂

同意全聯會意見。其他項目還有嗎？

陳委員彥廷

第 156 頁刪除檢查序號，因為目前它沒有實質用途；探測出血與牙齦退縮兩項與預後無關，但審查醫師有時會以這兩項進行核減，所以建議刪除。

蔡組長淑鈴

- 一. 健保局同意這些修訂。
- 二. 另外提醒，協商時，牙周病統合計畫的目標人數是 56,800 人，但不是目標達到牙周病就治療完了，它是一個非常少的人數，如果牙周病都來用牙醫總額，是一個非常大的問題。牙周病盛行率高，如果治療得好的話，可以保住牙齒，現在專款作的量比較少，不建議初期就提高單價，因為以後的服務量會更大，當然服務量大的時候，價格可能會更合理。目前自費市場因為沒有管控機制，價格偏高，所以不能用現在的市價來衡量現在給付價是否合理。
- 三. 目前牙周病是試辦計畫，自費與健保給付共存，這種情形在其他醫別是不存在的，請牙醫全聯會可以協助，鼓勵會員儘量用健保來幫民眾治療牙周病，為以後服務量大時做準備，替民眾謀最大的福利。

劉委員俊言

議程第 79 頁附表 1，施行 P94001C 件數小於 10 件的醫師有 785 位，只有執行 2,946 件，也就是一位醫師一年只做 3-4 件，這樣的結果是違背了市場價值，這些人其實是被全聯會逼著去做的，表示它是偏離了市場太遠，這是牙周病統合計畫的問題，應該從頭去談，市場價值在那裡？也就是這樣的計畫完完全全違背了市場價值，所以大家都推得很辛苦。

蔡組長淑鈴

牙周病是否為健保給付範圍？

劉委員俊言

那是另一個議題？

蔡組長淑鈴

如果牙周病不在健保給付範圍，那全民健保法第 39 條就會明訂進去，所以牙周病應該在健保給付範圍。

黃召集人三桂

我們回到這個計畫，有疑慮的部分是否溝通清楚了？

陳委員彥廷

- 一、議程第 114-115 頁有關製作海報部分，因目前無相關經費，建議本會只提供相關內容，不製作海報。
- 二、目前本會已將相關流程做出來了，內容蠻多的，也不是一張海報可以容納的，本會可以配合刊登於本會網站。

李專門委員純馥

目前相關資料已刊登於全聯會網站，但健保局與各分區業務組仍有接到民眾投書，請全聯會仍要跟民眾說明清楚、講明白，牙周病自費的比例還蠻高的。

黃召集人三桂

同意全聯會意見，刪除製作及張貼海報文字。

林專門委員阿明

第 141 頁有關移撥 1.44 億元部分，建議增加文字說明：「至第 4 季時，若預算足夠，餘額回歸第 4 季一般服務部門預算。」較完整。

李專門委員純馥

第 150 頁有關刪除第三階段件數核減率乙節，本局希望保留，請牙醫全聯會回復意見。

甯視察素珠

補充說明，成效評估之核減率計算，本局相關檔案可以產製，以院所為主，非以個別醫師為主，屆時本局會提供院所別相關醫令核減

資料供參。

黃召集人三桂

牙醫全聯會還沒有意見？業務單位還有沒有意見？如果沒有，就依兩方共識辦理。

第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關修訂「101年度全健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案(草案)」案。

黃召集人三桂

- 一、本案若大家沒有意見，依附件內容通過。
- 二、請牙醫全聯會下次會議時，提出牙醫醫缺今(100)年前3季的執行成效報告，讓大家對牙醫醫缺的成效可以深入瞭解，以促進共識。