

「牙醫門診總額支付委員會」100 年度第 1 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 2 月 22 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	王盛銘	吳委員政憲	吳政憲
呂委員毓修	呂毓修	黃委員建文	黃建文
沈委員一慶	沈一慶	阮委員議賢	阮議賢
林委員俊彬	林俊彬	許委員堂錫	請假
林委員文德	林文德	黃委員月桂	黃月桂
林委員啟滄	請假	李委員明憲	李明憲
翁委員德育	翁德育	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
梁委員淑政	陳馨慧 ^代	張委員文輝	張文輝
許委員世明	許世明	廖委員敏熒	廖敏熒
陳委員一清	請假	劉委員俊言	溫斯勇 ^代
陳委員建志	陳建志	郭委員正全	郭正全
陳委員彥廷	陳彥廷	謝委員武吉	請假
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	羅委員界山	羅界山
吳委員成才	吳成才	蘇委員鴻輝	蘇鴻輝
黎委員達明	黎達明	蘇委員益信	蘇益信
張委員宏如	張宏如		

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會

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

本局臺北業務組

本局北區業務組

本局中區業務組

林宜靜、林淑華

邵格蘊、廖秋英、李文勝、林敬修、劉明仁

請假

王淑華、林照姬、莫翠蘭、邱玲玉

林麗雪

楊育英、程千花

本局南區業務組
本局高屏業務組
本局東區業務組
本局醫審及藥材組

王世華
李金秀
劉翠麗
蔡文全、王本仁、
趙燕平

本局資訊組
本局企劃組
本局醫務管理組

姜義國
請假
林阿明、張溫溫、李純
馥、黃淑雲、朱文玥、
甯素珠、孫嘉敏、李健
誠、張作貞、鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：歐舒欣

壹、 主席致詞(略)

貳、 本會 99 年第 4 次會議紀錄確認 (略)

參、 報告事項

第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：前次(99年第4次)會議決議事項辦理情形

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99年第3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50條規定辦理點值公布、結算。

季別	分局	台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全局
	99Q3	浮動點值	0.9403	1.0563	0.9560	1.0582	1.0039	1.1512
	平均點值	0.9462	1.0656	0.9586	1.0609	1.0040	1.1500	0.9923

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100 年度牙醫總額支付委員會第 4 次會議時間變更案。

決定：洽悉，100 年會議時間修正如下表。

會議名稱	100 年第 2 次	100 年第 3 次	100 年第 4 次
會議日期	100.05.24	100.08.23	100.11.15

第五案

報告單位：本局中區業務組

案由：「牙醫即時抽訪之分析報告」案

決定：本案發現之問題，請牙醫全聯會確實檢討，本局各分區業務組將比照辦理隨機抽訪。

肆、 討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關本局「100 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」第一項執業計畫及第二項巡迴服務計畫施行地區擬新增台東縣東河鄉案

結論：同意新增，並依行政程序辦理後續事宜。

第二案

提案單位：本局醫審及藥材組
牙醫師公會全聯會

案由：有關「牙醫總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標及其監測值之檢討修訂案，提請 討論。

結論：請牙醫師公會全聯會與本局醫審組充分討論後，提 100 年第 2 次支委會討論。

第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關醫事人員暨醫療服務審查辦法相關修訂事宜，提請討論。

結論：

- 一、全民健康保險牙醫門診總額支付制度審查醫事人員遴聘原則四、文字酌修為『審查醫師任期 $\leq 1/2$ 者，不予遞補為原則』。
- 二、牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點四、評量方式(一)重點評量刪除(須排除牙科專業審查部與支付理由代碼表之 101D-105D)乙節。
- 三、同意依本局建議，於雙方推薦審查醫事人員名單齊全並予遴聘後，辦理業務說明會。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：100 年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案(草案)，提請討論。

結論：同意修訂，除實施期程與醫缺方案名稱配合修訂外，餘內容同 99 年不變動。將依行政程序辦理後續事宜。

第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關全民健康保險牙醫門診總額支付制度幹部自律管理要點修訂內容，提請討論。

結論：同意配合報署版本「全民健康保險醫療費用支付標準」第三部牙醫附表 3.3.3 修正內容，於全民健康保險牙醫門診總額支付制度幹部自律管理要點第七條項下增列合理門診點數排除牙周統合照護計畫申報額度(案件類別 15)，另同一條文刪除「(塗氟 500 點)」。

第六案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「100 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到宅醫療，提請討論。

結論：同意健保局所提意見，主要修訂內容如下列五點，並請牙醫全聯會補充到宅服務轉介單、口腔醫療需求評估及治療計畫評估表、配置設備具體品質規範標準及氧氣、急救與抽吸設備之規格等後，本局續依規定完成相關行政程序作業後公告實施。

1. 當日訪視 5 人以上者，第 6 人起，其訪視費按 6 折給付，限制每日最多 8 人，每月最多訪視 80 人。且採每次包裹式給付，每次支給 1900 點內含診察、護理、給藥、所有處置及材料及口腔清潔宣導資料等費用，支付標準碼為 P30003 且不得收取交通費外之自費費用。
2. 服務對象須同時符合本計畫之特定障別且符合居家照護條件（清醒時，50%以上活動限制在床上及有口腔醫療需要），並由居家訪視醫師轉介。另請全聯會針對到宅醫療部分另行設計合適之口腔需求評估表。
3. 增訂醫師前往支援前，需事先向當地衛生主管機關報備後向保險人之分區業務組及牙醫全聯會核備之規定。
4. 一位醫師應搭配至少一位護理人員，另須隨時配置有效的急救設備、氧氣設備、抽吸設備及 IC 卡讀寫設備。
5. 另相關規範增列就醫紀錄應詳實記載、所有侵入性治療應取得病患家屬或監護人之書面同意書、若到宅服務無法順利完成治療應轉介至後送之院所、配合健保局政策執行 IC 卡過卡業務等。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：蘇委員益信

案由：建請牙醫總額部門發揮同儕制約精神，依 1 月 26 日總統令公告全民健康保險法第 71 條應落實交付處方箋予病患，請健保局及牙醫師全聯會及早輔導所屬特約醫事服務機構。

結論：請全聯會輔導院所確實交付處方箋，也請分區業務組加強督促。

陸、散會：下午 16 時 05 分

附件 「討論案」及「臨時提案」與會人員發言摘要

討論第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：「100 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」第一項執業計畫及第二項巡迴服務計畫施行地區擬新增台東縣東河鄉案

黃召集人三桂

全聯會或醫管組有沒有要補充的？

蔡委員淑鈴

本案通過之後，可以請全聯會協助醫師進入台東縣東河鄉作巡迴醫療嗎？

蘇委員鴻輝

全聯會正在積極處理了。

第二案

提案單位：本局醫審及藥材組
牙醫師公會全聯會

案由：有關「牙醫總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標及其監測值之檢討修訂案，提請 討論。

王科長本仁

先謝謝全聯會對品質確保方案的用心，研提了 5 個新增品質確保指標，本局非常歡迎。在監測值訂定的部分，包括費協會、監理會都非常關心，請各位參考附件 6:第一個指標牙體復形同院所一年平均重補率，確保方案明訂監測值上限 3.13%，但是各區監測值不管是三年、五年還是距離監測值非常遙遠，為免影響外界觀感，希望針對監測值作調整。關於舊指標的檢討，本局試圖拋磚引玉，引進監測值隨時間自動調整之概念，在區分醫院及層級別之後容許 10% 變動值，試算後請各位參考補充資料第三頁同一

項指標，在區分層級後試算最近 3 年、5 年平均值與加上 10% 後上限設定的數值。新指標部分，全聯會的意見是監測 1 年後再訂定監測值，但是這些指標本局已例行產製運用，本局建議加上隨時間趨勢自動調整的概念。

翁委員德育

首先感謝醫審對於品質確保方案的用心。對於監測值費協會的建議是建議修訂監測值或新增指標，全聯會建議新增比較嚴謹的 5 項指標來因應，每項指標可再細分為醫院及基層共 10 小項。另外本會補充資料，是參考其他總額部門，針對品質確保方案修訂結果，發現其他三個總額部門，並未修訂監測值。牙醫總額部門所提的 5 項新增指標，與其他總額部門相比算多的，甚至還有一個總額部門品質指標維持現行監測值與定義，建議健保局在修訂品質確保方案時，同時考量各部門衡平性與一致性。

另外針對專業意義說明:監測值與平均值概念完全不同。監測值為監測全體院所，每個院所依據他的特性不同(教學目的、位處偏僻等)，在監測值上呈現多元化醫療結果。統一用平均值概念來做監測值，並不適當。全聯會希望新增五項指標，1 年後與舊指標一起作總檢討，若舊指標確有鈍化情形，根據院所與民眾反映，重新修訂監測值，比較完整，也比較成熟。

陳委員建志

在這裡要提醒一下:使用平均值恐怕不夠準確。使用平均值概念似乎直接區分院所為符合品質與不符合品質，實際上去看一下分布圖，這五個指標在分布上都是極度右傾，標準差也很大，在中位數都看不到的狀況下，用百分位可能較為適宜。

王科長本仁

業務單位補充說明:每個總額部門都會去檢討監測值;中醫部門總額沒有更動監測值，是因為已經用最近 3 年 $\pm 10\%$ ，去自動調整

監測值，不須額外處理。至於其他委員，提到用平均值概念不合理，醫審提出平均值 $x(1\pm 10\%)$ 容許一個變動範圍，若大家還是覺得不夠好，請提供一個大家都可以接受的分位數，如 90 百分位或其他百分位。

翁委員德育

回應一下：現在調整舊指標監測值，也不確定合理數值在哪裡，新的指標又還沒上路，是否可容許新舊指標實行一年後，再一起檢討，重新調整，有些鈍化的舊指標明年就刪除。

陳委員建志

提醒一下各位：每個指標分布情形都不一樣，有些常態分布的指標可以用平均值概念(如蛀牙占率)，但是每個指標分布情形都不同，一律使用 $\pm 10\%$ 變動值來訂定監測值不夠仔細，希望專業還是能有學理背景來支持。

吳委員成才

醫院協會代表發言：我們也反對單用平均值，希望可以加入標準差的概念；另外必須提醒的是，目前我們所看到的數值很多是申報作業電腦化，牙醫師發現重複了，自行吸收呈現的結果，原來訂定的監測值，可能比較能反映真實情形。用現在的數據來作監控，犧牲的是電腦化不夠強的院所，非常不妥。

林委員文德

在這邊提供意見供大家參考：我們做品質控制時，有上下管制線的概念，不同指標要考慮到不同變異性，去考慮變動可接受的範圍，不一定每個指標，都強制訂 10% 作為變動範圍，請各位參考。

黃委員月桂

平均值的確不適合當作監測值，也很少用 $\pm 10\%$ 的概念作監測區間，導入百分位或標準差才是應該有的原則，是否考量各位委員意見後，重新思考一下。

王科長本仁

本組所提的正負 10%概念只是略稱，指標有分正向指標及負向指標，如果是負向指標，指標數字不宜太高，故建議可以最近幾年平均值 $x(1+10\%)$ 為監測(上限)值。參考中醫品質確保方案或是點值變動監控所採用 10%變動率的概念是比較單純的作法。因為外界期待監測值能作調整，如果委員希望用分位數來看，是否可以先確定下來，用 90 百分位數或其他百分位數調整舊指標監測值。

蘇委員鴻輝

吳成才委員也提到：牙體復形同院所一年平均重補率及兩年重補率兩個指標，在支付標準表上加註不給付條件後，都扭曲了指標情形，我們是否可以用支付標準表加註前的申報情形，來跑一下分布狀況，用相對上未經調校後的數據試算後，與現在同一指標分布情形比較看看，可能較容易作決定。另外也請考量一下監測值如果過度敏感，醫師執行醫療前會猶疑是否該施行，可能也會影響病人就醫權益。部分監測指標施行多年，若達到其階段性意義，不妨可以考慮刪除。

蔡委員淑鈴

謝謝理事長的建議。品質確保方案中指標設定監測值，理論上高於或低於監測值在品質上代表某些意義，未來還需要用監測值作監測。現在的問題是院所申報分布情形落在監測值以外，如果依據 3 年前的申報資料訂定監測值，加上吳委員提到現在院所普遍有低報的情形，如此監測還是無解。目前普遍達到的共識是每個指標分布情形、特性都不一樣，不宜統一用平均值加減 10% 的概念，本局醫審組這邊也提出，每個指標抓出 90 百分位或 95 百分位，依指標屬性不同，調整百分位數值，超過部分視為極端值，代表品質值得我們好好注意。以翁委員所提，今年舊指標監測值

不變動，新增 5 大項區分層級後變成 10 小項指標，這一年無法跟品質確保方案連結，等於沒有意義。本局還是認為依照上次會議決議，將監測值區分層級後，希望今天可以討論一下監測值並作修正，比較合理。

翁委員德育

我想提一個觀念：舊指標用了好幾年，敏感性也會出現極限；專業上不可能有品質 100% 的成功，現在呈現的數字接近 100%，我們比較擔心的是，對就醫現象造成扭曲，影響到就醫民眾的權益。按照醫審觀念去做監測值不難，但是要让已經被扭轉的醫療型態回到正途，恐怕全聯會力有未逮，這也是吳副院長所擔憂的。所以全聯會請求各位同仁給一年的時間，將所有指標整理並一一檢討後，確定幾個符合實際醫療狀況的品質監測值。如果真的要向監理會交代，上次支委會上有兩個指標，本會同意用分層級別後資料進行，另外我們同意牙體復形同院所一年平均重補率，按照醫審建議，用 5 年平均值 $\times(1\pm 10\%)$ 來訂定新監測值，其他指標請容我們 1 年以後再討論。

林委員文德

剛才提到用利用率來當監測指標，就容易受申報、給付情形影響，無法真正了解，利用率變動是因為申報情形，還是品質實際改善。目前趨勢是用結果來看品質，如根管治療後拔牙率或補牙後作根管治療比率，以品質(結果)來看到底做得好不好，比較不會受申報影響，造成品質上扭曲的情形

翁委員德育

回應林老師的意見，全聯會這次所提新增五項指標，就是採用這樣的概念。

吳委員成才

我還是認為牙體復形同院所平均 1 年、2 年重補率這兩項指標是牙醫界作得太好了，造成與監測值相比感到怪異。如有不妥，建議明年直接拿掉這兩項指標，不要訂個百分之零點零幾來當指標，這樣很怪異，因為 10000 顆牙只有 1 顆重補是不可能的。建議這個指標今年或明年刪除，因為在給付原則中都有規範，大家也都配合執行，作得很好了。

陳委員瑞瑛

請問品質確保方案指標「執行感染控制院所查核合格率」的操作型定義以及誰來執行查核的問題。考慮到醫院院內病人複雜院內感染機率比診所高，請問是院所自身的感控小組執行後申報，還是統一由感控專家來執行？

翁委員德育

在全聯會中有一個制式評分表，依照院所提報資料統計指標。另外查核合格率，每一年由健保局各分區業務組，隨機抽樣或立意取樣後抽查院所，抽查後全聯會這邊會把合格率抽查結果當成一個指標。

黃召集人三桂

這個案子討論很久了，建議醫審這邊與全聯會對於監測值的部分再找時間討論看看，下次會議再提出來作決定。

第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關醫事人員暨醫療服務審查辦法相關修訂事宜，提請討論。

趙科員燕平

醫審補充說明:附件 8-1 中遴聘原則一、資深審查醫師占 1/3 與 1/2 以上部分，因為審查委員會設置要點中並未明訂這部分，請全聯會參考是否明確寫入。另外遴聘原則四、審查醫師任期 \leq 1/2 者不予遞補，考量請辭醫師人多時，不遞補恐會影響人力，請全

聯會酌修文字「審查醫師任期 $\leq 1/2$ 者不予遞補為原則」，請委員參考。

許委員世明

資深審查醫師這部分，我們發現資淺醫師比例比較多時，上任初期容易產生混亂期，所以全聯會建議這樣寫，也不是嚴格限制一定要多少比例才可以；關於第四點部分，以一年一聘的任期來看，若剩下 5 個月的時間經過區分會、全聯會公文轉來轉去後，可能真正開始作業也只剩下 2 個月了。如果 貴局可以縮短重新遴聘所需時間，那全聯會也同意將第 4 點拿掉。

趙科員燕平

附件 8-2 審畢案件評量作業要點四、評量方式(一)重點評量部分，提及要排除牙科專業審查不予支付理由代碼表 101D-105D 部分，局裡電腦程式沒辦法作，在此補充說明。

許委員世明

這部分全聯會希望能夠作，因為不排除代碼 101D-105D 的狀況下來看核付率或是刪減率的話，顯然數據失真。

趙科員燕平

101D 資料不全部分，屬審查醫師認定，專業審查上是可以核減的，105D 為病歷記載內容與申報內容不符，不應該先被排除才對。

許委員世明

資料不全可以核刪，申復補齊資料後，就可以補付。若以補付率，作為審查醫師品質指標，數據容易錯誤解讀。因此，我們希望因行政補付會申復通過的相關指標，可以先排除。

蘇委員鴻輝

評量時可能需要人工校正，才不會錯怪審查醫師。不排除的話，審查醫師照規定行事，結果被核刪醫師依法申復成功，該審查醫師補付率過高，而被質疑審查品質不良，也不公平。

黃召集人三桂

這個案子請照議程中說明以及健保局意見作處理。健保局所提三點意見，請全聯會盡量配合。

趙科員燕平

補充說明:第 92 頁第十六點(三)兩年內累計兩點的部分，是否需要配合審查醫師任期一年的部分，修改為一年內累計兩點。

蘇委員鴻輝

醫師如果延續任期的話，兩年內累計兩點才能達到規範的效果，這點本會堅持保留兩年內累計兩點。

黃召集人三桂

這部分尊重全聯會。

陳委員瑞瑛

請問一下，審查醫師是否有考慮到層級別的問題，例如某個百分比的審查醫師屬醫院牙科醫師？

蘇委員鴻輝

有。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：100 年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案(草案)，提請討論。

黃召集人三桂:本案通過。

第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關全民健康保險牙醫門診總額支付制度幹部自律管理要點修訂內容，提請討論。

蘇委員鴻輝

預防保健項目除兒童塗氟之外，還有弱勢兒童溝隙封劑填補與口腔癌篩檢部分，怕會影響點數。

陳委員瑞瑛

為配合國健局政策擴大口腔黏膜篩檢，現在民眾就醫時院方發現對方為 30 歲以上有抽菸習慣，都會主動轉介到耳鼻喉科或牙科作口腔黏膜篩檢，篩檢費用也是由國健局支出，除非因病就醫後作篩檢會申報其他費用外，應該不至於影響到點數。

黃召集人三桂

本案通過。

第六案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「100 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到宅醫療，提請討論。

黃召集人三桂

今天有幾位新任委員，請全聯會對這個案子說明一下。

羅委員界山

這次增加到宅服務的部分，主要是針對在家中不便出來就醫的病患，請牙醫師帶著設備與器材上門提供到宅醫療服務。基於病人安全，我們也希望不危急病人生命為原則。治療部分，健保局建議我們限制治療項目，本會同意，但是服務裡面希望可以保留由家屬主動聯繫的部分，本會要求牙醫師繳交口腔醫療評估表，應該不至於因為放寬來源，造成濫用的情形。

另外論次的部分與健保局意見不一，原來全聯會這邊希望費用上採論次加論量，健保局只有保留論次的部分；只有論次的給付費用對醫師來說相當少，考慮到計畫剛開始執行本會勉強同意，但是議程第 103 頁第六點第一項提到如果只給付論次費用，希望可以刪除當日訪視費第 6 人起按 6 折給付的文字。

黃召集人三桂

業務單位對於全聯會意見是否有回映？

蔡委員淑鈴

請各位參考補充資料第 5 頁：醫管組堅持比照居家護理採論次包裹支付方式，點數比照西醫每次 1,900 點（目前中部有一醫院已

經實行了，跟民眾收費 300 元)。支付點數應該不至於過低。羅委員所提取同日第 6 人起訪視費 6 折給付的部分，因為病人數量不多，地點上除非很多病人住在附近，也很難同日訪視多位病人，為了維持一定的品質，健保局還是希望有數量的限制。另外健保局意見還包括(1)每月不超過 16 診次，每月最多降為 80 人，(2)以論次包裹式給付，希望比照居家照護病人要申報提供了哪些照護內容，醫令別為 4 不計價。全聯會所提供醫療內容包括牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周病控制基本處置、非特定局部治療及特定局部治療服務等項目，本局考量居家執行洗牙與拔牙較有安全顧慮，可能的話希望初期能限定在一定的範圍。

另外補充資料第 6 頁申請條件部分:健保局意見是希望啟動居家牙醫服務病人，事前應有整體性的評估及治療計畫，以防牙醫師僅裝備簡單的急救醫療設備，如果病人因牙科治療造成全身性疾病，恐怕會有糾紛與安全顧慮。居家牙科治療病人不比在醫院裡治療，必要時有其他專科醫師支援，病人在家中若無事前評估，本局擔心會不夠周延，所以建議由居家照護醫師提供轉介，提供事前評估後再啟動。

本局意見第二點是經由居家照護醫師轉介後，我們還是要了解病人的醫療需求與醫師提供服務內容，需要牙醫師提出口腔醫療需求評估及治療計畫。這部分涉及專業，本局希望全聯會協助我們初核，在專業上把關後，再送分區業務組核可。

本局意見第三點是上次支委會有委員提出支援報備的問題:本局希望醫師能先向衛生局報備，核備後本局才能同意牙醫師到宅提供服務，帶回申報。

第四點是希望服務的牙醫師能帶著讀卡機，落實 IC 卡讀寫。申請到宅服務應檢附之資料本局尊重全聯會意見，表示同意。補充資料第七頁健保局補充說明:病歷還是要記載，病歷留存之外，要影印有效之身心障礙手冊影本存在實體病歷，之後方便抽審時查驗;另外醫師要搭配護理人員、侵入性治療要取得家屬或監護人同意並附在病歷上、如果病人無法順利完成治療請轉介到醫院處理比較安全;另外請公會確實建立後送與緊急處理程序。這部

分不容閃失，希望公會能夠善加規劃。另外第 14 點標明未遵守規定本局可要求改善，以及後續退場機制的執行。本局比較謹慎，因為這個計畫到病人家裡執行，病人 50%時間都在床上了，可能是植物人或多重疾病末期狀態，病人不可預期的風險很高，服務醫師也要承擔很大的醫療風險；既然全聯會這麼支持，所有安全、風險與後送部分，我們都要請全聯會周延規劃，審慎執行。

最後一點是公會提出基本配備包括氧氣、抽吸與急救設備，據本局了解，目前執行到宅醫療的服務團隊，這些設備都不夠，既然寫入計畫了，希望全聯會協助本局把關，將來要申請的醫院配備要足夠，才能提供到宅服務。尤其是開放後病人狀態不確定，若是配備不足以應付緊急狀態，希望全聯會充分考慮後，審慎為之。

另外本局也請辦醫事處意見，醫事處建議是：有關安全性屬於醫療專業，建議醫師執行業務時，考量身心障礙者特殊性及設備限制，審慎處理。本案希望全聯會能作好把關的責任。

蘇委員鴻輝

本會全部同意健保局意見，希望執行一年後，看有什麼需要改善的地方，再提修訂意見，這樣大家比較放心。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：蘇委員益信

案由：建請牙醫總額部門發揮同儕制約精神，依 1 月 26 日總統令公告全民健康保險法第 71 條應落實交付處方箋予病患，請健保局及牙醫師全聯會及早輔導所屬特約醫事服務機構。

蘇委員益信

針對這個問題，健保局這邊勾稽後，可以看出哪間診所與藥局配合，所以在這邊呼籲一下交付處方箋的問題。

蔡委員淑鈴

案由中所提 1 月 26 日就是二代健保法修正版，特別在第 71 條明訂『保險醫事服務機構於診療保險對象後，應交付處方予保險對象，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。』

據了解藥師公會全聯會代表提出臨時動議，主要是針對牙醫診所為主，多數牙醫診所都沒聘藥師，適用於釋出處方箋相關規定，健保局當然可以勾稽得到，但是執行上的問題是牙醫診所給藥常不透過藥師給藥，很多診所直接給藥，診所可能說因為用藥單純，多數是拔牙後消炎止痛等較簡單用藥，為方便民眾確實未照法令執行，由來以久。現在蘇委員再次提出處方交付的部分，希望全聯會協助宣導會員。

黃召集人三桂

拜託全聯會協助，也謝謝委員的提案。

蘇委員鴻輝

本會已經每年都在宣導了，目前約 75%牙醫院所有釋出處方，對於另外的 25%除了在非醫藥分業地區執業外，貴局可以直接去函給院所，請他改善。大部分醫師也知道這是游走在法律邊緣，還是為了方便病人不得不如此。

黃召集人三桂

希望雙方共同努力，也希望全聯會可以轉知會員。