

牙橋座談會

總額預算對牙醫師 是好？是壞？ 座談會

時間：85年3月24日

地點：中華民國牙醫師公會全國聯合會

主辦單位：台北醫學院牙科校友會

主持人：簡秀雄醫師（全聯會理事）

與會人士：

王誠良（台北市牙醫師公會理事長）

李塘堃（台北縣牙醫師公會理事長）

杜瑞煙（全聯會保險諮詢小組執行長）

林欽法（全聯會常務理事）

陳時中（前台北市牙醫師公會理事長）

黃奇卿（全聯會保險諮詢小組委員）

楊全斌（全聯會保險諮詢小組委員）

蔡啟中（全聯會理事長）

潘渭祥（中山醫學院牙醫系北市校友會會長）

戴溪炎（陽明醫學院牙醫學系校友會會長）

社長：就我們所知，政府方面目前正在研議“總額預算制度”的作法，然而卻不見牙醫界的媒體對此一話題加以報導、告知，牙橋基於輿論責任，特舉辦“總額預算對牙醫師是好？是壞？”座談會。今天很榮幸，邀請簡秀雄醫師擔任主持人，楊全斌醫師擔任引言人，還望在座諸位醫師稍後能踴躍發言，謝謝大家！

簡秀雄：很高興應牙橋之邀主持“總額預算對牙醫師是好？是壞？”座談會，首先我們請全聯會蔡啟中理事長說幾句話，之後再請對政府健保的推動、總額預算的研議等參與人之一的楊全斌醫師，對總額預算作個大概介紹。



▲簡秀雄醫師（中者）為「總額預算對牙醫師是好？是壞？」座談會主持開場。

多利用研討會和到各地方的宣導，使得大家能達成一個共識

蘇啟中：主持人以及與會的醫師同仁大家好。今天很高興受邀參與總額預算座談會，對於北醫校友會舉辦此一有意義的座談會，本人給予深切的祝福，希望能夠針對總額預算達成一個共識。

衛生署已經召開了“總額預算”的研討會，並且希望由牙科先做總額預算試辦的工作，經過多次的討論後已達成一些初步的共識，但是我想距離開辦的時間還有一段差距，因為牙科的資源在城市和鄉村之間還有很大的差別，因此希望能多利用研討會和到各地方的宣導，使得大家能達成一個共識，而不會在日後施行總額預算時造成糾紛。現行牙科給付金額在全民健保制度下雖然不是很好，但是勉強可以接受，尤其現今社會的經濟不甚景氣，每個診所多少都受到影響，所以全民健保的給付，我認為勉強還是可以接受的。至於根管治療在全民健保實施後，其要求的標準比公、勞保時代還要嚴格，常常有很多不給付的問題，公會若是能凝聚大家的力量，達成一個共識就很易於向健保局反應，這是努力的一個方向。



▲蘇啟中醫師呼籲：應多利用研討會和到各地宣導，使大家能達成共識

至於今天討論總額預算的實施，我想衛生署的規劃若是有一定的比例、一定的成長會較合理，譬如：分配的百分比是13%、14%或15%，而不是因為達不到百分比的目標就降低牙科的給付比例，我想這之於牙科較不公平；當然，總額預算的實施，我們也希望牙科能再朝向提升醫療品質的方向努力，不要多做case，而是做好每個case。所以我認為對於總額預算的實施，能多多的研討和到各公會去宣導政策，讓在鄉下服務的牙醫師也能夠接受。

簡秀雄：接下來請楊全斌醫師對總額預算作個大概的介紹。

醫療費用抑制方案和總額預算是兩回事

楊全斌：全民健保法第5章醫療費用支付的第47條至第54條規範著總額預算制。我大致做個說明：第47條：每年的醫療給付費用是由主管機關預先訂定範圍，第47條至第50條對於費用範圍的規定是分階段實施，而實施日期由主管機關訂之，未實施前醫療費用支付標準的每一點支付金額由主管機關訂之。



▲楊全斌醫師解釋總額預算的法律根源。

我個人認為：站在國家的立場，抑制醫療費用的成長是件重要的事，但是醫療費用抑制方案和總額預算制度是兩回事，甚至抑制方案的層級是在總額預算制度之上，而不是將總額預算制度當作一個水龍頭，要開就開要關就關來決定一切醫療費用的問題，這樣就太不負責任了，因為費用的支出畢竟仍是取決於國民的共識問題。基於公共資源有限，國家醫療費用的預算有一定上限，如何將這筆預算作最好的運用才是重要的。

簡秀雄：從楊醫師簡單的報告中得知，事實上總額預算已概括在全民健保法中，也就是將來全民健保的醫療給付方式是採總額預算制度，只是目前尚未實施。在84年11月22日衛生署召集一些代表召開了「總額預算試辦計劃」的會議，其中決定四項步驟。首先，組成「牙醫總額支付制度試辦計劃」的推動小組，其次草擬「牙醫總額支付制度」試辦的計劃，經過研議草擬後，開始宣導此一計劃的內容，然後牙醫界和政府之間協商試辦的可行性，之所以挑選牙醫界為試辦的對象，主要是根據以往的資料，認為牙醫師在醫療給付的成長上是比較穩定的團體。至於推動小組的成員：召集人楊漢淦組長、副召集人蔡啟中醫師、執行秘書李玉春教授，牙醫團體代表共有12人，全聯會代表：林欽法醫師、黃奇卿醫師、楊全斌醫師、蔡啟中醫師，省公會代表：蕭正川醫師、陳光琛醫師、郭長煒醫師、邱奕彬醫師，市公會代表：陳時中醫師、王誠良醫師，高雄市公會代表：孫銘隆醫師、黃純德醫師以及一些健保局的成員。所謂總額預算就是國家在實施保險制度的開始，經過各單位的協商訂出一個金額，作為醫療費用支出的預算，因為其間牽涉很多變化的因素，所以總額預算制度相當複雜，因之請教小組成員的林欽法醫師，為何要實施總額支付制度？請說明一下。

總額預算就是將收進的保險費完全給付給醫療界，政府不作補貼

林欽法：實施總額制度的理由很簡單，就是費用的控制，因為世界上不論哪一個國家其醫療費用膨脹的速度一定高於其國民所得，所以醫療費用的支出成為國家最頭痛的問題。我們以往的公、勞、農保無法控制費用支出的慘痛經驗，造成整個國家的預算在醫療費用的支出已經不勝負荷，所以不得不採取總額預算制度。所謂總額預算簡單地說就是收進的保險費完全給付給醫療界。以GDP或薪資收入的方法，大概推估醫療收入，然後將這筆收入保持一個彈性的運用，但是政府有安全準備基金的政策，所以收進來的錢並非完全釋放，大概撥入5%至安全準備基金；每年做彈性的調整，如果費用支出過度，基金費用少於一個月就必須再找錢或者是縮減醫療界的費用，這是政府控制的factor，因此在整個設計制度面上，既彈性亦很僵化，所謂僵化，就是收進的費用作為供給醫療界的費用，在整個國家預算中不做任何的補貼，亦即醫療界在整個財務獨立自主的情況下不虧損，自給自足地實施總額預算，這是基本精神。

楊全斌：所謂保險的定義，即是用收進來的保險費用支出；非保險的狀況就是國庫的支出。從世界上來看，醫療保險可以分為德國式以及英國式二種，前者是從保險費用的收入來支出，即保險制度的本質；後者就是國民保險的公醫制度，也就是國家拿錢支付。除此之外就是日本的制度，基本上效法德國，但是其醫療費用的支出除了保險費用的收入外，還有國庫的預算，亦即稅金中補貼認為必要的醫療保險措施由國家來執行。從各國健保實施的成效來看，日本應是第一名，因為日本的醫療費用占GDP的6.6%，而美國已高達13%，除了醫療費控制得最低外，其國民平均壽命提高，嬰兒、新生兒等的死亡率是世界最低，高科技醫療器材（如CT、MNR等）的控管已達到費用低但數量卻多於美國的成效，可是日本沒有實施總額預算，卻能有效的提升醫療品質，值得深思！

簡秀雄：謝謝楊醫師對保險意義及日本實施健保概況的補充說明。總額預算支付制度採用二個方法，一是支出的目標（Target）、一是設定上限（Cap），請小組成員稍作解釋。

對牙科來說，實施Cap的方式比較簡單明確

林欽法：所謂Cap就是限定一年支出費用的金額，這些費用再以回溯性的每一季的實數多少換算成點數金額，也就是金額已固定；而Target本身有一個彈性，設定支出的目標，但是會有一個上下的伸縮程度，此方式的最大好處在於保障變動因素（如：重大疾病等）產生的醫療形態品質，因為此一變動因素會影響醫療品質和醫生的職業態度問題，但是這些變動性因素對牙科來說影響相當小，反而牙醫師的職業態度和給付辦法有絕對的影響關係。但是這二種關係均在可控制的範圍內，所以牙科若實施Cap的方式反而比較簡單明確。

我舉個例子來說明。以三年來算，Cap每年如果都以100億為支出上限，但是Target今年用了110億的彈性支出，明年就只能有90億的設定，也就是說不管用Cap還是Target，三年相加的支出費用是一樣的，為了減少麻煩起見，而且牙科醫療形態比較單純，因此Cap在計算上、預算上及牙醫師操作整個公會系統的評估上以及對會員的宣導，會比較方便可行。

整體醫療就是一明確的總額預算制

陳時中：其實所謂總預算內的Target方法，就和現在所做的合理門診是一樣的，只是將合理門診量的作法再往上擴大。因為Target的作法就是設定總額，它有點值，在目標區時點值不變，接近目標區時，點值就打折給付，每一個醫療機構都被設定一目標區，只要超過者即打折給付，所以和合理門診量的意思一樣。但是真正的總額預算是指Cap，Cap的作法是總額一定，相對難易度支付標準表的點數是一定的，點值則是變動的，政府機關在管制上只會



▲陳時中醫師（中者）認為Target的方式，其實比較不利於牙醫團體採用。

將點值立一上、下限，超過上限或低於下限時，政府就作補救措施，所以此法對總額的控制比較嚴格。事實上，不論是現在所做的預算總額或是以後的總額預算，大家都必須認清一點：整體醫療就是一明確的總額預算制，因為現在是一純粹的社會保險制，政府不會編列預算補助，所以total不變，只是要如何運用方法來控制total。以目前的方法來看，醫科的就診門診量一年大概用到9.6次，牙科則用到0.96次，若此分配方式不斷持續時，將來有任何多出來的錢或分配比例往上調時，牙科均只能調到醫科的十分之一，但是醫科的成員有2萬多，牙醫卻有7000多人，是3:1，更何況如果採用Target的方法，在遇到重大疾病變化時，勢必會影響到疾病狀態穩定的牙科之醫療給付費用，所以Target其實比較不利於牙醫團體採用。

必須著力於整個制度面上的改變來維護牙科的利益

林欽法：不論保險制度是否實施總額預算制度，牙科目前面臨了一個艱困的環境，不利的地位，因此，不論是用比例制度或金額訂定

制度都好，只要能對牙科現有成績加以保障即可。因為人口老化的現象愈來愈嚴重，重大傷病及慢性疾病也因全民健保的加入，造成醫療費用的龐大支出，按照健保局統計重大傷病及慢性疾病患者約20萬人，佔總人口23/100，再加上，牙科一年業績上升的幅度無法和醫科上升的幅度相比，所以牙科的醫療給付勢必會有下滑的現象，更何況，醫療費用協定委員會的成員牙醫師僅佔1/27，在在使得全聯會角色難以扮演。所以我認為要照顧牙科的福利，全聯會保險業務小組必須著力於整個制度面上的改變，如何維護牙科的利益，然後才是注意品質和病人福利，以避免在牙醫師無法生存下，空留好的品質。

簡秀雄：根據幾位醫師解釋，我們對總額預算制度已有大概的了解，至於“為什麼我們同意配合政府作總額預算試辦？”是不是請杜醫師說明一下。

對於總額預算，不是政府一味的推動，彼此的關係是雙方互動的試辦

杜瑞煙：以過去勞保統計的數據來看，從80年至83年，牙科的成長率亦即每張勞保單的支付費用，從659元提昇至752元，但是到了83年降低為744元，也就是說全部的牙科診所都是特約診所的話，在實施勞保的前二年可能會增長得很快，但是二年後每位病人的支付金額就會明顯的降低，這是80～83年勞保平均給付金額所呈現的現象。而84年3月全民健保開放後，3月～6月的初步統計，3月份的平均值是883元，4月份1029元，5月份1013元，6月份則是997元，所以當個別申報金額增加時，政府就採取策略來刪減支出費用，也就是審核制度嚴格化，將透支的金額壓低，所以公會必須體認：將全體牙醫師的利益列為優先考慮，那麼牙醫師才有能力去顧慮到醫療品質，否則牙醫師在面對政府對醫療給付支出打折時，降低疲

繁複治療的意願，等於是鼓勵牙醫師為了生計選擇case，誘導牙醫師從事偏離正常治療方式，因此，我們一定要提出專業的主張讓政府接受。

公會內部經過相當充份的討論，認為在總額預算制度的分配上拿下好比例的方向是不錯的。因為從過去勞保制度，每個病人從事牙科醫療的費用推估是155億，但是台灣人口增长速度不會那麼快，而牙醫師成長的速度卻不同，一年大概有300人投入市場，因此在有限的資源中作分配時，以7000位牙醫師分配155億，平均每位醫師每年可以得到210萬，而以500間診所來分配，則每間診所可以得到310萬，這是說目前的統計數字，牙科平均一個診所得到30萬，醫科則可以得到60萬，但是這其間的意義完全不同。牙科的單價每張1000元，30萬等於才看300名病患，部份負擔僅多3萬元，而醫科單價每張則是300元，所以是2000人次，一份負擔則是150（元）×2000（人次）=30萬，所以醫科總收入是60萬+30萬=90萬，牙科的總收入卻是30萬+3萬=33萬；至於醫生的收入，會受到地區、利益競爭、民衆經濟負擔的因素影響而不同。由以上的考慮，我們



▲杜瑞煙醫師指出：牙醫界一定要提出專業的主張讓政府接受，促使給付走向合理化。

為實施總額預算制度，應該從內部做審核及品質要求，看是否有機會使政府的給付走向合理化，一旦給付合理化之後，牙醫師的醫療品質才能合理化，因此我們希望嘗試了解：政府希望怎麼做總額預算？是否符合牙醫界的利益？符合就贊同，不符合就不贊同，不是政府一味的推動，彼此的關係是雙方互動的試辦。

牙醫界的利益一定必須建立在牙醫界的服務和形象上

陳時中：大家在看統計數字時心理上要有一個先決的認知：政府提出這些統計數字僅是代表了當局的管理成效，是結果而非需要，這二者是很大的不同，如果將這些統計數字當成醫療需求，那麼以下的討論將被扭曲。

今天我們爭取的是什麼？在保險制度中牙醫界的利益究竟在那裏？我認為牙醫界的利益一定必須建立在牙醫界的服務和形象上，換句話說，不管是否實施總額制度，如果無法建立牙醫的形象和服務品質，那麼永遠就被審查制度牽著鼻子走。因此大家如果能確立牙醫界的利益建立在形象和服務品質上時，才能討論接下來該怎麼做！在接下來的作法中並不是和政府爭利益！而是使其在制度面設計上讓我們站在有利的角度。

既然Price 要符合醫療品質，那麼我們就應該反過來看看支付標準表是否合理，如果支付標準表的相對難易值是合理的，自然醫療品質就會趨向比較合理的狀況，這是相對的，然而支付標準表在政府認為變動中是不可測知的因素的現行情況下，政府不會加以變動，政府只是想抓住審查大權可任意做調整，引導醫療方向；縱使今天我們將標準表爭取合理化之後，審查的不合理化，仍會使標準表的難易值不合理，所以，在現行的制度中要讓一切好轉是不可能的。我們考慮總額預算，是因為讓大家都知道總額是明確且不會變動時，大家就會思考

price 和量的相對變化值，大家也才會站在同一線上來考量我們的醫療保險，所以我認為接受總額預算會是一個較好的選擇，但是這真的是一個不得已的選擇！

提早實施總額預算的唯一誘因：希望將定額中節省下來的牙科支付費用，不會移至別科他用



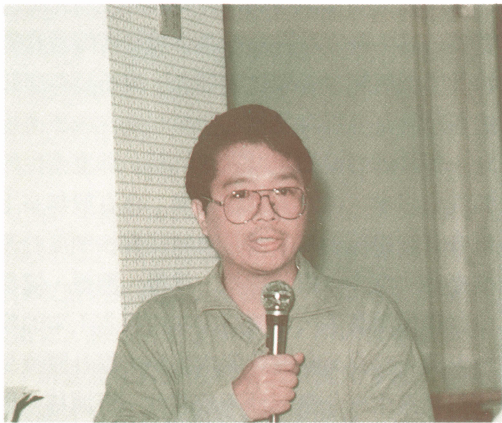
▲李塘埭醫師主張加強審核所節省下的牙科支付費用，不應移至別科他用。

李塘埭：目前我們的收入增加了，這和總額預算無關，其增加來源：一是診查費從120元加到220元，一是以前勞保時代未保的納保人口，所以將這二項因素剔除，其實和勞保時代並無二致，至於實施總額預算最大的好處就是健保局的收支可以平衡，不發生虧損，但是如此一來，健保局僅能控制預算卻無法控制醫師的醫療行為；醫療品質及行為必須從醫師教育訓練及道德規範二者來自我要求，而不是奢望藉總額預算制來保障品質，如果只是在技術面規定一套嚴謹的規則予以實施的話，那麼產生的弊端會很多，因此，歸結起來：在百般無奈下配合實施總額預算，還是應該從審核制度的改變來著手減少作假、虛報、浮報、濫報，儘量少從技術面著手，希望將定額中節省下來的醫療資源，仍在牙科的範圍內讓致力提升醫療品質的好醫生來分享，而不致將此一資源移至別科他用。所以，我覺得公會的立場是如何替牙

醫師爭取權益？在這前提之下，才考慮到形象等各種問題。由以上總結，願意讓全聯會配合提早實施總額預算的唯一誘因，就是健保局能答應我們，經過種種控制，加強審核所節省下的牙科支付費用，不會移至別科他用，可以讓守法規矩的牙醫師來分享，避免劣幣驅逐良幣的現象。

實施總額預算是牙醫界爭取合理給付的一個機會

黃奇卿：總額預算在健保制度下是一定要實施的，只是牙醫界實施的時間是和醫科同時或是提早先做呢？這其間的差異是不是可以為牙醫界爭取較大的利益？這是一個思考點。現在我們討論總額可以從勞、健保時代做一個檢討，不管勞保或健保時代政府在調整基層醫療支出費用都是以診察費做為調整的對象，雖然名義上是全國整體醫療支出的增加，但是在比重的分配上則是偏重醫科，而牙科是以處治費為主，調高診察費對牙科而言比例就相當低，亦即政府每次調高診察費就相對不利於牙科，所以在實施總額預算時，對於牙科是按照總額的比例加以調整，就不會有勞、健保時代的不利狀況，這是我認為必須實施總額預算制度的理由。



▲黃奇卿醫師認為實施總額預算是牙醫界爭取合理給付的一個機會。

以往行政單位對於醫療費用的控制自有其方法，總額預算只是其中一種公開的手段。如果不實施總額預算，行政單位也會私下達到控制的目的，既然現今行政單位開放公開討論研究方法，那麼就是牙醫界爭取合理給付的一個機會，因此我們應該掌握這個機會，這是我們願意和健保局配合的原因。至於醫療品質和總額預算是相對性的說法，我是持反對的看法。實際上醫療品質從健保給付時牙科和醫科的申報來看，我們牙醫界自制的的能力比醫科還很多，所以我不認為實施總額預算會對醫療品質產生相對的影響。最後，總額預算實施到鄉間的問題，必須先建立一個重要的觀念：牙醫師每天提供的服務量應該自訂，而不是看多少看多少的無限制服務量，因此，不管是否實施總額預算，一個醫療行為和型態上城鄉間不應該有如此大的差別。

總額預算既然被迫要實施，我們就應冷靜思索要如何做

王誠良：總額預算制度不管我們贊成與否，迫於局勢都一定得做。由於我們一直受制於審查制度的無法合理化，所以決定就總額預算中做品質的規劃（如同健保小組的要求），以提高品質的方法來爭取合理的審查權。2月底3月初台北市牙醫師公會保險委員開了二次會議，達成了初步的共識：當第一次由健保局所屬具有公權力的審查醫師做過刪減後，第二次由申覆則由相關公會成員組成一個陪審團，陪審團的召集人由健保局的審查牙醫師擔任，而當次的公審決議應該做個執行。這是一個構想，也就是說將目前這個不合理的審查方式，重新在公會系統得到掌握，亦即錢怎麼花，由公會決定，非健保局決定，這是總額預算另外一個審查權威合理化。另外就是點數的修正，雖然目前點數狀況無法改變，至於將來實施總額制度後，政府僅就財務平衡做監督，那麼點數的部分應

會交由牙醫界來處理，所以這正是我們可以就目前的給付辦法將點數做個合理調整的機會。



▲王誠良醫師語重心長地表示，既然被迫實施總額預算，牙醫界必須冷靜思索因應之道。

總額預算的實施大家可曾想過政府有無可能將其改成公辦民營？牙科的總額在大醫院系統的公辦民營下是否仍會存在？牙科是屬於非急迫性的醫療，是比較弱勢的團體，所以在政府主導公辦公營的總額制度時，我們先建立牙科的總額預算，將來就會有牙科和非牙科二個總額預算，希望讓投保的民衆知道其加入的保費可以保障二種不同的醫療服務，一是牙科一是非牙科，那麼將來不管是民營或公營，我們有訴求的背景，可以保證牙科不會被排除。所以總額預算既然被迫要實施，那麼我們就應冷靜思索要如何做，我想參與總額小組成員都希望能在可能的範圍下拿到較有保障的試辦計劃。

在不合理的持續環境中，牙科應該率先實施總額預算

潘渭祥：我認為在一個正常合理的環境下，牙科不應該率先實施總額預算，在不正常、不合理的持續環境中，牙科就應該趕快率先實施總額預算。先從統計數字來看，我所持的理

由如下：①假設牙科門診費用的支出是分子，所有醫療界的門診支出費用是分母，那麼如果分子愈小則牙科所占的比例亦愈小，當分母愈大，牙科所占的比例仍然相對愈小。在統計數字中我們可以發現，牙科門診費用支出成長率一直維持在12 %左右，而醫科不斷持續上漲至23 %，幾乎是我們的一倍以上，在此相對的情況下，牙科門診費用所占的比例會愈來愈小。



▲潘渭祥醫師認為在目前的情況下，牙科應該率先實施總額預算。

②我們的醫療支出占整個GDP約6 %左右，我們認為6 %所占並不多，剛才所提分子、分母都增大，才是合理的現象。③牙科每年門診的利用率在勞保時代的統計數字是1.024次，而健保時代降為0.92次，如果以完美的口腔狀況每年必須洗牙二次的門診利用來看，平均每年0.92次的門診利用率實在是偏低，所以門診利用率應該增加，亦即分子應該增加。如果以上條件都能實行，那麼率先實施總額預算試辦我們是吃虧的，因為我們門診費用應該會不斷增加，如此所占的比例亦可增加，卻先鎖死變成定額；但是這是理想，上述的條件在短期之內是無法達成的，所以我個人是非常贊成我們率先實施總額預算的試辦，但是這是為了牽就現實所選擇的作法。不過，在實施總額預算時有以下事項須注意：①如果是以Cap的方式實施總額預算，那麼試辦期過後，不能再有變化；②試辦的細節一定要和政府單位釐定清楚。

在試辦期間爭取的優惠條件，在試辦期過後依然能夠保持、延續

戴溪炎：以一個開業醫生的立場而言，對於總額預算制度是既期待又怕受傷害。健保支付表是依照勞保時代延續下來，事實上此一支出表是民國78年訂定的，經過七、八年的物價波動，支出表卻沒有調整，使得現在我們工作時間的相對價值被貶低，在此條件下難免會愈做愈不平衡，當然如果不實施總額預算，很可能二年後的情況仍然一樣。依照第三次會議記錄來看，總額預算的總額每年會根據薪資所得、物價指數、國民生產毛額、人口結構改變等調整，而不是訂定一個總額，每年固定不加調整，因此，根據這種說法我們會期待總額預算制的實施。但是又擔心，採全國或分區制的實施，會影響個人職業的態度，而且如果點數不變，實際的點值被城鄉的差異稀釋，可能會影響收入，再加上品質、密醫等種種問題；所以在不得不實施總額的情況下，我們只希望在試辦期間爭取的優惠條件，在試辦期過後依然能夠保持、延續。



▲戴溪炎醫師希望在試辦期間爭取的優惠條件，在試辦期過後依然能夠保持、延續。

王誠良：對於牙科門診費用支出，我們沒有在開會時訂下一個百分比，我和陳時中醫師偏向李玉春教授所提：每人每年健保費用定在牙醫診療上費用×投保人數，這樣就不會隨著醫科的膨脹係數來做調整，會比較有保障。另外，總額的計算方式並不是固定的而是隨多因素在調整，當我們和政府會商時，其中很多細節應該讓政府慢慢釋放出來，讓牙醫知道總額訂定的算法，其變動因素為何？政府調整的心態為何？然後由全聯會加以宣導告知大家。

牙科公會系統的介入、發揮會比較有成效



▲林欽法醫師對於牙科公會系統介入，會比較有成效的發揮寄予厚望。

林欽法：總額預算不是今年固定，明年的總額還是一樣，依照精準的推估：是以GDP的10%為成長率，10%是從民國69年至83年GDP的成長平均率，雖然如此，在國家薪資有調整下，根本不可能讓總額成長，所以一年的總額數和經濟環境有絕對的關係。其次，先試辦總額預算是否可以獲得一個保障？答案是否定的。因為醫療委員會是每年在check，第一的好處，只有在試辦期間的Special rule，一開始全面實施，又回歸基本面取消Special rule，我們現在試辦總額預算完全在於爭取合

理醫療比例。總額預算下支付標準表的修訂在某一方面講起來是沒有意義的，但是因為其等值會影響總額數，所以仍有爭取性。在總額的設定方面，其實際增加率和設定的增加率要有一定比例的考量，至於總額的費用包括：行政費用3.5%，安全準備基金5%，剩下的91.5%才給付給我們，這沒有辦法是優先扣除。

雖然牙科處於不利的地位，但是我仍然認為：公會系統的介入會比較有成效，醫科的成效相當低，牙科會較高，所以牙科公會系統的發揮我寄予厚望，包括：支付標準表的修覆，審核醫師的脫胎換骨。我對審核醫師的主張，立法與執法要分開，也就是立法要受制於公會，公會來訂規矩，審核醫師絕對沒有自己的權利，一定要中立化，希望達到審核醫師不論誰

來擔任都一樣的程度，另外，審核醫師的推薦我希望是由公會系統主導，專業審核部份也是由全聯會來指導，由公會系統和牙醫界來Control會比較理想，如果支付標準表的大翻新及審核制度的大翻修無法做到的話，我們根本連試辦都不必做，這也是我認為試辦的最大誘因。

簡秀雄：經過今天的討論我們了解：在健保法的既定政策下，總額預算的實施是勢在必行的。此一制度對牙醫界來說勢必有其優、缺點，所以我們應審慎思考尋求一個缺點最小，對牙界最有利的方案。總額預算制度所牽涉的範圍很複雜，我們應該透過頻繁的座談會達到牙醫界的共識。今天的座談會至此結束，謝謝大家！

牙橋，全新出擊

調整前之廣告費用價格表

彩色頁	版面	價格
	封底	30,000
	封面	25,000
	封底裡	22,000
	第一內特頁	25,000
	第二內特頁	25,000
	內全頁	20,000

85年調整後廣告費用價格表

彩色頁	版面	價格
	封底	33,000
	封面裡	27,500
	封底裡	24,000
	第一內特頁	27,500
	第二內特頁	27,500
	內全頁	22,000

牙橋為顧及長期支持牙橋之廣告廠商，簽約之廣告廠商以調整前之價格再於予折扣。

時間	2年 (24期)	2年 (12期)	一年 (12期)	一年 (6期)	半年 (6期)	季 (4期)
折扣	7.5折	固定8折 不固定8.5折	8折	固定9折 不固定9.5折	9折	9.5折

• 每頁代理完稿加收1500元（打字費另計） • 每頁代理設計完稿加收3000元
• 以上單價以每期計