

牙橋座談會

健保半年來的回顧與展望座談會

時間：八十四年九月三日下午1：30

地點：中華民國牙醫師公會全國聯合會

主辦：牙橋學會

主持人：陳時中醫師（台北市牙醫師公會理事長）

與會人士：

李正舜會長（北醫牙醫學系校友會會長）

王誠良醫師（中山牙醫學系校友會會長）

李塘埭醫師（北縣牙醫師公會理事長）

杜瑞煙醫師（全聯會保險諮詢小組執行長）

吳明彥醫師（基層醫療院所協會秘書長）

林思洸醫師（基層醫療台北分局秘書長）



9/3座談會牙醫師反應熱烈，出席人數達百餘人。



林思洸醫師：
要調高給付，前提在於
先減少不守規矩的牙醫師，
進而再談如何調高
才切合實際。

列席黃茂栓醫師：
有關拔牙給付方面請把
全身系統疾病因素
納入給付費用考量因素之一。



題：全民健保的範圍有多大？站在經濟學的立場上看加入健保是可以提高病人的看病意願，但在健保局單一給付之下，牙醫界應如何保住自費的部份？我想很重要。而目前，消基會贊成中醫由健保中獨立出來。不知道牙醫是否也適合？不加入健保，而找尋其餘適合的保險公司結合？此外，健保的給付是否會隨物價波動調整？這些都仍須各位牙醫師共同努力。

而有關於醫療品質的議題方面，我認為牙醫師並不適宜總額預算制。因為在教育及牙醫素質尚未完善之前，總額制的實施，將使一些害羣之馬影響到規矩做事的醫師之給付。這是不公平的。此外，我也認為同病同酬不合理。但在專科醫師制度未建立前，我們仍無法避免它的實施。因此，還要靠牙醫界同儕的制裁及努力才行。

曾條昌秘書：

在使民衆享有合理的醫療水準及給醫師有合理的給付水準下

人都不相信，用任何再嚴格的規定
提升牙醫師的醫療品質，除
由教育著手。

黃茂栓醫師：

我個人認為在牙醫素質及教
育未完善之前，仍有許多害羣
之馬的存在。這會影響按照規矩
做事的牙醫師，而影響醫療品質。
因此，我認為目前當務之急為以
制度力量制裁少數的害羣之馬。
提升整體的醫療水準及形象提
高。

曾條昌秘書：

如何建立公平合理的審查
制度是當今減少害羣之馬
，以珍惜醫療資源最快、
最實際的方案

黃茂栓醫師：

有關這一部份的議題，因今
我們牙醫界已感到有變相總額
預算制的存在。目前，我已知
道，西醫界相當反對，我希望
聽聽牙醫界的立場及意見為何？
我也希望大家思考一個問

，健保的支付標準一定會每年成長。目前，衛生署正在籌設醫療費用協定委員會。以後就可透過它直接運作且九月份，健保局也會與醫界討論支付標準修定的問題。因此，大家可放心。另外，有關總額預算的問題，我想，該先說明何謂總額預算以利大家了解。

總額預算，簡單地說有二種給付的辦法，例如，健保局訂定一個目標數，假設是二千一百億，而其服務量為一萬次。但，當醫師申報結果為1萬2千次時，健保局有可能會將給付標準打折扣，或者完全不給付方式。現在，各國如加拿大、德國，都是實施總額預算制。而他們的總額，是由各界團體共同協商的。台灣目前並無二年內立即實施總額預算制的計劃。假便實施條件已成熟了，健保局也會先在北區試辦，決不會貿然實施。

陳瑞坤醫師：

其實我個人並不贊成總額算制。我個人有一個想法即健保局是不是可以彈性運用保費？例如，今年健保局共收了二仟一百億的保費，而醫界卻申報了二千二百億時，則可由明年的保費中再補足不夠的100億給醫師。但，假設全部的醫師只申報了二仟億時，則明年可降低保費彈性調整。

陳時中醫師：

剛才陳瑞坤理事長所提的建議，與目前的健保法有抵觸。如須要依據陳理事長所言的，則要先修改健保法才行。而在這兒，我先做一個 summery。

在目前總額不能改變的前提下，我們可推出一個公式：



詹勳政醫師：

行政在動輒得咎的情況下，

醫師法及醫療法的

重要性不容忽視。

陳瑞坤醫師：

就醫序號亂寫，

重複申報問題等



單價×總量=總額
 $P \times Q = \text{總額}$

在總額不變的情況下，有牙醫提高總量，便會使單價降低。因此，如何在單價與總量間取得平衡？是目前最重要的課題。

盧立祥醫師：

關於給付提高的問題是否真有利？前提在於減少不守規矩的牙醫。而調高給付要從什麼著手？都是問題。牙科有浮誇情況發生，這會影響未來爭給付嗎？希望大家重視。

針對這些問題我的看法是，第一，要減少害羣之馬。第二點，若有調整的可能時，應如何？是由病例多的？還是由病例率低的？我們要有共識。第三，我們要將妨礙費用調低至最低。

黎達明醫師：

我個人認為要提高給付是悲劇。因為健保局認為有些項目如洗牙、兒童牙科的拔牙等給付仍過高。因此，需要降低。我擔心我們沒有實力與健保局提高給付的問題；而且可能降低給付。因此希望全聯會對策應付。

此外，在牙醫師要求提高給付可能性極低；降低給付可能性之下，獲利的總是不守法的。因此，建立公平合理的制度是非常重要的。

杜瑞煙醫師：

我在此向健保局反應，以往牙醫分為簡單性和複雜性拔牙。若病人有全身系統疾病如DM、尿毒症等……。則複雜性較高，是否可提升為複雜

性拔牙。

黎達明醫師：

目前牙周病的給付偏低，尤其是最近公佈的30條中，對peri影響重大。我認為非常不合理。希望能改善。此外，牙周病專科學會已發函健保局，希望能開放專科醫師在一般診所可進行翻瓣手術並給予給付。

黃奇卿醫師：

1. 專科醫師在診所進行翻瓣手術是屬於跨表申請。而目前，跨表申請很少。因健保局仍未建立制度。
2. 跨表申請的核準與否，目前由審查醫師判定。所以，只要合理，仍會給付。
3. 30條中，若有不合理。如洗

盧立祥醫師：

藥費問題代表健保局誠信有問題，不知全聯會如何解此道題？

牙後一個月才能做牙齦下刮除術。若有其它原因，只要在病例上寫清楚，審查醫師仍會通過。

盧立祥醫師：

有關藥費方面的問題，全聯會是否有對策？

杜瑞煙醫師：

針對以上問題，全聯會的對策是提高審查標準。使不該給付的項目不予給付；把多餘的錢分給審查合格的醫師，則其給付就提高了。公平性也會提高。如此，專科醫師會有較大的生存空間。

在提高單價方面，全聯會的政策認為end因有證據。OS因具有救命性。因此建議健保局在這二部份提高給付。如此，可提高OS的服務報酬率。目end方面，因提高給付，審查將會更加嚴格，一些沒有能力通過審查的牙醫師，自然





徐正隆醫師：

健保實施後，前往偏遠地區
做醫療服務，若未先獲許可，
有觸密醫法之嫌，不甚合理。

會將病人轉診給專科醫師，
低醫療糾紛的風險。此外，
們亦要求健保局照物價波動
整給付。若健保局不肯
將減少服務項目，並以
為第一優先考量。

至於轉診的 case 的確
加給付，但，署長要求同
酬，故難以推動。而有關
方面，健保局是採據實核
目前藥費的彈性比勞保多，
只要我們將買藥的收據拿
，就不怕受檢查，給付仍
35 元。但，有些地區為了
查方便，給付改為 30 元。
實核報仍為其基本精神。

至於全身疾病患者處置
可提高給付，我們將再與

座談會牙橋感言

辦完這場座談會，針對此次內容，牙橋得到如下的結論：

- (一) 健保局覺得牙科有浮濫申報現象，尤其是 OD 方面，其中更以 Composite Resin 申報浮濫情形最嚴重
- (二) 審查醫師呼籲牙醫師要自制，不要浮報，否則單價一定會被刪減。
- (三) 單價被刪減，好的醫師第一個受害，但對以量產的醫師卻影響較有限，申報多一點，即可能再補回來。
- (四) 健保局希望牙醫界能自行制定辦法去控制申報，否則只有以價制量。
- (五) 目前牙醫界所研討出來的方法，仍是回歸勞保，要求的是牙醫師一次限定治療 2-3 顆牙……etc 方法，以勞保規定設限，傷害仍是好的牙醫師。
- (六) 牙醫界對 Endo、OS 希望能提高單價，且刪減 Perio 的項目，但由於健保局感覺牙醫師浮報嚴重，似乎短期提高單價是不可能的，且為了提供更多醫療項目給民衆，刪除部份項目更是不可能。
- (七) 審查醫師曾多次開會，但由於人數衆多，觀念不一，且無一致的意見，健保局希望牙醫界能把審查方法趨於一致，而將牙科浮報之現象改善。
- (八) 目前健保給付之金額，無論是 95% 暫付款，或尾款 5% 均以暫付方式給付，而非核付，日後是否所有資料會電腦建檔仍不敢確定，但此部份依法有五年追溯期，故請牙醫師能謹慎行事。
- (九) 至於行政方面，似乎在牙醫界的要求下，普遍已有改善，再次呼籲牙醫師務必遵守法。

從以上結論發現，如果不能讓一些害羣之馬，懸崖勒馬，似乎回歸勞保或削價制量在往



黎達明醫師：

牙周申報問題暴露健保制度對專科醫師的規劃有加強必要。

煊教授討論。

李塘埭醫師：

我認為除非專科醫師有獨立的總額預算，否則問題仍沒辦法解決。因為牙醫師轉診的意願非常低。

徐正隆醫師：

我本身是轉診制度的受害者。因為轉到省立醫院的病人都較難處理，因此希望能提高轉診病人的給付，並且希望全聯會把專科醫師可爭取到的合理價位表送給健保局。

郭繼勳醫師：

我們在專科醫師協會中有三點共識：

1. GP 醫師認為沒有利潤的 case 請轉給專科醫師做。

後將難以避免，而此次座談也未能提出一套或一致的作法來節制浮報殊為可惜，反觀整個會場，參與是很踴躍，坐得滿滿的，還有不少人是用站的，可是列席的醫師發言不多，好像大家都滿意目前的狀況（因為尚未開始刪減），而參與討論的代表似乎也只停留在政令的宣導——呼籲不要浮報。對於目前一些不良及不公平現象也未能提出一些具體建議。

或許在牙醫界此類座談大家比較疏，再加上是我們接手牙橋後第一場座談會，準備較不周全，事前未能與正式座談醫師充份溝通。為此我們事後也找一些相關人士，作些檢討並擬出如下建議，願與牙醫界先進共同磋商：

(一)公會實有必要針對此次的癥結問題(i)部份牙醫師的浮報情況擬出制裁之道，讓我們的申報步回正途(ii)如此我們才有立場去爭取提高給付，並在項目上有所增減。

(二)在政治上屬弱勢團體的牙醫界在年底立委選舉應團結起來，在此次選舉中，發揮影響力，以利日後於立法院在法案上為我們能爭取到公平的待遇。

(三)實際上，目前已是變相總額預算制，如何在單價與總量間取得平衡是當前重要的課題，我們呼籲牙醫師眼光放遠一點，可考慮牙科提前實施總額預算制，藉著同儕制約的力量來消除浮報現象。

(四)在總額預算未實施前，審查醫師對一些嚴重浮報的Case應勇於舉發，如此一些“偶爾”犯小錯的Case或許會知所警惕，進而自我珍惜資源不失為良策。

(五)牙醫界不應再有只做單點突破，而應轉而注重公平分配，整體提升並建立彼此的共識，成立健保局的對等喊話單位，暢通溝通的管道。

總之，全民健保在牙醫界掀起的重分配中，牙醫界需要的不只是自清而已，更需要更多的內心的自省及內造的大改革，以重新建立道德勇氣，不然我們留給自己社會的只是品質低劣的醫療，而讓那些敢撈的人，逍遙自在，而奉守“學校怎麼教，就怎麼做”的牙醫師却苦哈哈！公平嗎！



2. 儘量爭取給付合理提高。
3. 若無法提高給付，我們將不加保此項目，而改為自費就診。

主持人：陳時中醫師

綜合以上，醫療品質的提升與醫療標準規範是公會所要努力的方向。希望全聯會與各牙醫師團體亦朝這方向努力。另外，現階段的努力是合理性的提高給付。但，根據吳明彥醫師所言，為了避免糾紛，在總統大選前是不可能調整的。

現在，我們開始討論行政方面的議題

對於政府的行政措施，我們不甚滿意。但，既已簽訂合約，牙醫師就有如準公務人員；因此，法律規範對我們而言是非常重要的。在健保實施後，我認為牙醫師的觀念應該改變，尤其是醫病的關係，不再只是金錢的交易而已。尚要考慮法律的問題才是。

行政部分

在動輒得咎的環境下，醫師法及醫療法的重要性不容忽視

健保問題如何解？

每位列席醫師都若有所思，不知是有解或是無解？

詹動政醫師：

我們由報章雜誌知道，牙醫師的犯罪率愈來愈高。因此，建議大家仔細研讀醫師法及醫療法，以免觸犯法律而不自知。舉例來說，如果牙醫師同時擁有數間診所，未經申報，就輪流駐診，此行為已違法，因此，在此呼籲全國牙醫師，應有守法的觀念。

徐正隆醫師：

有關執業的問題，在此有二點較不合理：

1. 以往偏遠地區的醫療服務，牙醫師可以隨時去，但現在必須先經過衛生局核準，或備查才能前往，否則，若有糾紛，將以密醫法處理，不甚合理。

2. 健保法原則上不同意義診，因有廣告的嫌疑，此點亦不合理。

吳明彥醫師：

不知道健保局的電腦資料檔

案是否已建立完善？若發現違法之嫌疑，則審查醫師應查電腦資料即可，不用透過電話查訪，是否可督促電腦檔的進行？

陳時中醫師：

各位醫師現在所拿到的是“暫付”，非“核付”。電腦歸戶完成，而被查出不合理的申報時，仍會追溯到這部份追溯期依法有五年，望牙醫師不要以身試法。

陳瑞坤醫師

請問審查醫師目前是醫序號亂寫，重複申報的情形，黃奇卿醫師：

目前此情形仍有存在，腦資料不斷在建立中，醫師要以身試法。

陳時中醫師：

當病例記錄有問題時，醫師或行政人員會打電話詢問，如此是否會造成醫師困擾或不方便？

郭繼勳醫師：

我認為影響不大，但行政人員權限太小，對我們助不多，有些問題向他們求助，他們也是愛莫能助。

杜瑞煙醫師：

行政人員或審查醫師溝通的方式，全聯會常去，因為我們可以直接表達我們意見給他們知道，相當有利，附帶報告合約書的制定，吳明彥醫師付出很大的心血，我們非常感激他。

陳時中醫師：

現在討論最後一個問題，行的健保與以往的公醫保險，在行政方面較繁瑣或複雜化？

（意見調查結果：大多數醫師均覺得變麻煩了）

王正輝醫師 (健保局花東分局審查醫師)
 陳時中醫師 (花蓮縣牙醫師公會理事長)
 陳東安醫師 (健保局北區分局審查醫師)
 陳東安醫師 (北醫牙醫學系校友會學術委員會主任委員)
 陳東安醫師 (全民健康保險監理委員會主任秘書)
 陳東安醫師 (北醫牙醫學系校友會副會長)
 陳東安醫師 (健保局台中分局審查醫師)
 陳東安醫師等百餘位醫師列席
 嘉賓：溫世政、莊雅姿
 (以上排列以姓名筆劃為準)



會長代表本會致歡迎詞

一、前言：全民健保實施至今已半年，但對其基本架構及給付等方面。仍有探討之必要。尤其是未來健保將如何發展？牙醫師將何去何從？大家更應共同取得共識。為此，牙橋舉行了一場座談會。希望藉由大家的共同發言與討論，找出健保的缺失，以及凝聚牙醫師之共識。期使未



主持人陳時中醫師
 說明今日座談會將細分
 一醫療二給付 (含審查)
 三行政等三方面
 展開座談。

來健保之發展，更為合理、順利。

李正舜會長：

各位醫師，首先歡迎各位參與此次座談會，我們主要是針對半年來健保實施之疑惑和問題作討論及解答。

主持人：陳時中醫師

各位醫師大家好，健保實施已半年，我們應對之做一番檢討



，使其發展更趨合理化。因此，大家首先要取得共識，並對健保的基本架構要更了解才是。所以，我們今天將針對健保之醫療、給付及行政三方面來探討。現在，請杜瑞煙醫師為我們解釋健保的基本架構及全聯會的想法。

杜瑞煙醫師：

有關健保的基本架構與全聯會之想法，我首先說明全聯會的四大原則。

1. 牙科要往精緻醫療邁進。
2. 牙科要有專案申報。
3. 牙科為門診手術，而非一般門診。
4. 對經費不足時的因應之道為減少服務項目。

此外，全聯會還強調二點原則，希望大家能有共識。首先，基於同病同酬的原則，全聯會為大家爭取到十六項以往只有大醫院才能做、診所不能做的項目，現在開放給各診所處置。第二點，在診所收費方面，不管是城市或鄉村都是收 100 元的部分負擔及掛號費。針對此項收費，在鄉

杜瑞煙醫師說明這半年來全聯會的各相關措施。

郭繼勳醫師：

如何訂出醫療作業準則，算出醫療成本乃醫療問題當務之急。



村，可提高病人看診。而，在城市的醫師卻有定額負擔太低。希冀 % 的部份負擔，如此，收入，但是，全聯會希望全民利益為出發點，以策。

醫療部分

由公會主導同儕間教育，並發揮同儕制力量以提升醫療品質

郭繼勳醫師：

在醫療方面，我們要有免於徬徨的夢想。基金會來信給牙醫師專科，要我們評估，若把牙費者保護細則是否可行。點，若一旦實施，則未犯錯，除了要受民法的約束，尚要受刑法之約束。不禁反問，這些是否可以本計算中？此外，我們試訂定一個醫療作業準則，而健保局卻無法相對給付，則牙醫師可以基於保護

有的回饋。因為我們沒有理
在恐懼之下。
回歸學校怎麼教，就怎麼

醫師：

在醫療方面，以北區而言，
審查醫師有達成決議。首先
大家一我認為我們要跳出勞保
框架，其次，我們認為牙科工
作要合理化、回歸到學校怎麼
教怎麼做；並且要做好診療
記錄及詳細記載病歷。如此，就
能將技術刪除。由於北區九位審
查醫師的共識。審查時以“合理
”為標準，因此，就不是以健
保局保的規定來做審查。

舉例來說，在審查醫師發現
不合理的情況時，會打電話詢
問醫師。如果該醫師有合理
理由，則健保仍會給付。若遇
不合理，如使用不當的材料時
則不給付。而兒童牙科方面，
通常以醫師的方便為申報依
據。以照 X 光片而言，如果兒
科醫師，醫師可以寫明理由後
沒有照 X 光片，健保局仍會
給付。但，不可以全部都不照
X 光片。這些就是我們審查合
理化的方式也期待大家有合理地
填寫完整的病歷報告。

醫師：



黃奇卿醫師：
醫療工作應該合理化，
回歸到學校怎麼教，
就怎麼做。



李塘埭醫師：
由公會來主導同儕間的再教育，
並發揮同儕制約的力量
才有提升醫療品質的可能。

顏東傑醫師：

在審查上發現補牙方面
牙醫師的浮報最嚴重，
希望牙醫師同仁能自愛
，否則回歸勞保制度，
受害的還是我們自己。

在中區：三、四月的初審，
被刪除率約 5 %，與醫科、中醫
的比例差不多，因此，牙科的刪
除比例並不高。在目前，牙醫師
申報方面仍有許多違規的事件。
舉例來說，以往勞保的平均收入
約二十萬元。但，現在中區醫師
大部份卻申報到 100 萬元，這有
點離譜。尤其在補牙方面，漏洞
最大。針對此缺失，南部已有自
我限制，如將 Composite filling
限定在四顆之內。因此健保局也
給中區審查醫師壓力；假若審查
醫師無法將 Composite filling
數目壓下來，則健保局可能會設



限。對此，我堅決反對。所以希望各位醫師能自愛及配合。

由以上諸位審查醫師的發言，我們懷疑諸位審查委員間是否有一致的審查標準？我們期望能建立一套具有共識的審查標準。除此之外，在病歷審查方面，除非是非常的不合理，否則審查醫師仍會相當尊重各位。現在，我們開始討論醫療部份的最後一個問題：在健保局尊重牙醫師的前提下，牙醫師是否須要求自我醫療品質的提升？希望能徵詢各位的意見。

徐正隆醫師：

牙醫界其實大部分都是守法的好醫生。但仍有些害羣之馬，不懂得珍惜有限的醫療資源，使得守法的人一同受罰。而且，有許多醫師不了解申報的過程及方法，而導致權益的受損。因此，希望各位能按部就班做。若有被駁回的情形時，希望大家附上證明申複，以維護自己的權益及形象。

陳時中醫師：



吳明彥醫師：

在教育及牙醫素質尚未完善之前，總額制的實施將使一些害羣之馬影響到規矩做事牙醫師的給付，這是不公平的。

衛生署會條昌秘書指出：

台灣目前並無二年內立即實施總額預算的計劃。

李塘埭醫師：

我有三點要發言：

第一，我認為審查立場相當為難。一方面，聘於健保局，必須有關。另一方面，他們本來是醫師，所以，我認為他們很苦。

第二，我個人認為與健保給付有相當大的關係。前，在健保給付偏低的狀況下，仍有許多醫師還按照規矩做事，是非常難得的。但是，以地區而言，醫療品質似乎不一。所以，我認為基於市場而言，同病同酬是不公平的。這似乎失去商業行為的基本理論。

第三，我認為，以計算醫療品質的好壞不是是否一天看診的人次，而是品質的提升？但，我也認為以道德的要求來取代量化的標準。而是認為，最好由同儕間的再教育。這將提高醫療品質的可能。

