

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

106年度第3次會議紀錄

時間：106年8月22日(星期二)下午2時整

地點：18樓大禮堂(衛生福利部中央健康保險署)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：黃曼青

出席人員：(依據姓氏筆劃順序排序)

代表姓名	出席	代表姓名	出席
朱代表日僑	蘇芸蒂代	翁代表德育	翁德育
溫代表斯勇	溫斯勇	連代表新傑	連新傑
吳代表成才	蘇主榮代	黃代表福傳	黃福傳
吳代表明彥	吳明彥	黃代表金舜	黃金舜
吳代表享穆	吳享穆	黃代表立賢	黃立賢
吳代表迪	吳迪	黃代表翰玟	請假
呂代表軒東	請假	張代表雍敏	張雍敏
杜代表裕康	請假	張代表文龍	請假
季代表麟揚	季麟揚	簡代表志成	簡志成
林代表俊彬	林俊彬	劉代表經文	劉經文
林代表靜梅	林靜梅	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表惠芳	請假	黎代表達明	黎達明
沈代表茂棻	沈茂棻	謝代表尚廷	謝尚廷
許代表世明	許世明	謝代表武吉	尹文國代
許代表文祥	許文祥	羅代表界山	羅界山
徐代表邦賢	徐邦賢	龐代表一鳴	請假

列席人員：

單位

衛生福利部

全民健康保險會

中華民國牙醫師公會全聯會

中華民國藥師公會全聯會

出席人員

孫嘉敏

陳燕鈴、陳思縝

張采宇、廖秋英、林靜宜、蔡東螢、

柯懿娟、潘佩筠、邵格蘊、許家禎

秦語謙

台灣醫院協會

鄭禮育

本署臺北業務組

林怡君、蔡雅安

本署北區業務組

陳祝美

本署中區業務組

林淑惠

本署南區業務組

郭碧雲

本署高屏業務組

施怡如

本署東區業務組

劉翠麗

本署醫審及藥材組

曾玫富、高浩軒

本署資訊組

姜義國

本署醫務管理組

劉林義、谷祖棣、韓佩軒、洪于淇、
宋兆喻、鄭正義、邵子川、歐舒欣、
張毓芬、黃曼青

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告事項

第一案

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：洽悉。

第二案

案由：牙醫門診總額執行概況報告暨心口司歷年口腔調查報告。

決定：洽悉，另請心口司提供口腔調查報告原始數據，以供本署後續分析。

第三案

案由：106 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告。

決定：

1. 一般服務部門點值確定如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.9170	0.9156
北區	0.9973	0.9962
中區	0.9620	0.9626
南區	0.9605	0.9619
高屏	0.9546	0.9586
東區	1.0759	1.0774
全區	0.9507	0.9512

2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

3. 各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：105 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉，會後提供各項指標達成情形供委員參考。

肆、討論事項

第一案 提案單位：本署醫務管理組及牙醫師公會全聯會

案由：修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」，提請討論。

決議：有關方案文字說明將配合修訂，另決議如下：

1. 有關方案第四項「專業醫療服務品質之確保」之臨床治療指引、牙醫醫療機構輔導系統、服務品質管理相關規範等三項，原於方案本文及附表均有敘明，決議將附表文字刪除，以避免重覆。
2. 有關牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率，相關指標操作型定義原則同意，詳細邏輯請全聯會再與本署醫審及藥材組討論。
3. 有關三歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率、四歲兒童乳牙齲齒盛行率、五歲兒童乳牙齲齒盛行率、十二歲兒童齲蝕指數、三十五歲至四十四歲人口社區牙周治療需求指數、六十五歲以上人口平均自然齒數等 6 項指標，請心口司於會後提供各年齡層之執行時程。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：牙醫醫療機構交付病人醫療處置明細之可行性，提請討論。

決議：相關提案內容請全聯會研議後，於下次會議提案。

第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：牙周病統合照護計畫 108 年導入一般服務之進度規劃，續提請討論。

決議：尊重全聯會推估 107 年 P4002C 申報 23 萬件及 108 年 28 萬件之規劃，107 年執行情形將作為協商 108 年導入一般服務預算參考。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關支付標準 92093B(牙醫急症處置)、92094C(週日及國定假日牙醫門診急症處置)，建請健保署暫時勿以 ICD-10 設立自

動化核減邏輯或其他專案扣減，提請討論。

決 議：

1. 請全聯會檢視相關各項支付標準之「適應症」及「不得併同申報」等文字內容，若須修訂請於下次會議提案討論。
2. 現行 92093B(牙醫急症處置)、92094C(週日及國定假日牙醫門診急症處置)因邏輯仍有疑義，將於費用年月 106 年 8 月起暫時停止自動化核減邏輯或其他專案扣減。

伍、散會：下午4時30分

陸、與會人員發言摘要詳附件1。

106年牙醫門診總額研商議事會議第3次會議實錄摘要

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

第一案 歷次會議決議事項辦理情形追蹤表

主席 蔡副署長淑鈴

序號2的第四項後面有幾個字請劃掉，應該是沒有刪乾淨。對於追蹤辦理事項有沒有意見？好，沒有，請進入第2案。

第二案 牙醫門診總額執行概況報告暨心口司歷年口腔調查報告

主席 蔡副署長淑鈴

這部分是第1季到第2季的執行概況，專款是到第1季，請問有沒有問題？

蔣代表維凡

請問牙醫急診的申報是以什麼操作型定義擷取？是以申報碼、診斷碼，還是就醫科別？

醫務管理組 劉科長林義

以申報格式裡面的案件分類來做統計的。

主席 蔡副署長淑鈴

好，還有沒有其他問題？暫時沒有問題的話，第一季專款執行率約略都是25%，應該是正常狀態。

今天有蠻多新委員要介紹，謝理事長是新委員，謝謝理事長，還有主委許世明醫師是新委員，再來是特殊計畫召集人簡志成醫師也是新委員，還有一位是南區審查分會的醫審組組長沈醫師，還有醫審室主任吳醫師，歡迎你們。

執行情形報告大家還有沒有其他意見？好，沒有意見我們就洽悉，接下來請心口司張副司長要進行台灣口腔健康調查報告。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝心口司副司長的報告，大家有沒有問題要請教副司長？

吳代表明彥

有些數據看起來是好、有些數據呈現出來是不好的，有點混淆了。比如說，第

11張投影片，每個國家的年齡層不一樣，台灣是65歲以上，中國是65歲到74歲才11%，泰國是65歲以上，但是人家只有16%，這樣子沒有比泰國好，那泰國經濟所得 GDP 還比我們差，那因為比較基準都不一樣，我會有一點混淆，結果到底是好或不好，所以是不是可以給我們一些結論或者方向？

再來，如果以現況來看，牙周病是一個很大的問題，但就我所知，牙周病這部分醫師願意做的並不多，都是醫院在做，如何對應後面提出來的改善策略，因為給付可以改變醫師的行為，但給付怎麼搭配這些策略，這邊是看不到的，也許這是全聯會的工作，既然策略已經出來，對應的方法要去想一想怎麼搭配。另外有一個建議，有些研究報告是全聯會做，我建議全聯會絕對不要去接這些研究，現在全聯會是承擔總額委託，卻又去做研究，我跟你說第三方團體會質疑公正性，應該委託學校去做，或者委託第三方，例如師大衛教系，這樣子全聯會才站得住腳，建議全聯會要把持住這個原則。

翁代表德育

關於剛剛報告的2005年世界各國老人無牙的部分，事實上我們十年前就看過這個表，有些國家的數據我們是存疑的，像是中國無牙率11%。2016年我們全口無牙率65歲以上是6.4%，是有很大的進步，那我回應吳委員的意見，事實上針對國家有沒有每一年或是每隔一段時期再 renew 各個口腔健康指標的調查，十幾年來很多調查的研究方式都不一樣，所以很難把這些研究排在一起做比較，所以建議不管是誰做，調查模式應該要一致，這樣才能夠比較，所以雖然全聯會去年來承攬這個調查，但其實只要模式是一樣的，那每一年都可以來做比較。所謂的好或不好，其實要有個長期趨勢才能看出來，一直以來全聯會很希望能夠做到這部分，這樣才能夠去檢視每次牙醫總額的政策方向，這個方向應該要跟著各個口腔健康狀況的趨勢去調整。

林代表俊彬

剛剛委員提的我覺得可以去思考，最好是說所有的指標、方法是一致的，每年都一致，這樣就能夠去比較，所以多加一些專家學者或者委託學校，我覺得是好的意見。

季代表麟揚

我想呼應翁醫師的意見，如果每次委託不同的學術單位、不同的老師去做調查，

採用的檢查標準不一樣，這樣就很難做比較，那不如方法學固定，不論誰去承攬不同年度的工作，都 follow 一樣的方法學，就算有一點 bias，但同樣的方向那還是可以比較，這樣就會有 reliability。

張副司長雍敏

謝謝主席、各位先進、還有各位老師的建議，那我就先回應兩位，首先回應翁委員數據存疑的部分，其實這是在很有名的 paper publish 的資料，也只能相信，再來每年調查方法要固定，這是肯定的，104年我們心口司承接國健署這些調查，從那時候開始，我們每次招標公告，都有確定一個標準，比如說去年全聯會承攬的研究，就有考慮到10年前是高醫做的，當時就有看方法學、所有量測指標有沒有一致，那我們都是採用 WHO 所建議的方法，當然一定要跟世界衛生組織一樣才是有用的。

再來，有出席代表提到全聯會似乎不太適合接這種類似計畫，我想心口司是官方單位，一定是採用政府採購法，只要有來投標，就會聘請一些委員審查，誰得標我們不能去阻擋，更何況這是一個相當大的規模研究，總共要一萬多個 case。再來，牙周病的誘因搭配給付的部分，我想在座都是公務官或是牙醫界的核心幹部，我們都是希望能夠為全國老百姓來服務，提升整個國人的口腔健康，誘因的規劃我相信謝理事長跟健保署長官也在這裡，一定會做出最好的決定。

謝代表尚廷

吳委員剛剛有指導說牙周統合照護投入醫師多數是醫院，其實就我們現在投入參與醫師大概5600位，是遠遠超過醫院醫師人數，投入人數每年也都在成長，那這幾年，從牙周統合照護很多指標看起來是有成效的，所以我們也希望那個8020可以趕快達到，我們現在16.7顆，還差3顆，我們再努力一下，去年就少拔了七萬顆牙，所以目標是有在邁進的，牙周病防治第一個就是提高民眾就醫意願，第二個是增加我們牙醫師投入照護計劃的人力，所以對牙醫師的牙周繼續教育及對民眾的宣導一直有在推動，今年又希望把糖尿病跟牙周病統合照護結合，其實很多數據顯示這是息息相關，這樣子牙周統合照護的成效會更快速。我們當然也希望調查方法是一致的，當然未來我們希望不管是從鼓勵方面或者是宣導方面，雙管齊下來做，讓口腔健康指標可以很快速的達到 WHO 目標，那

現在每年大概有300多人新投入去做牙周統合照護的醫師。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝副司長的報告，這次報告呈現的大概都是年齡別的資料，很可惜很想知道城鄉差距，但完全沒有這個面向的資料，其實醫師都在都會區比較密集，民眾口腔衛生的意識也比較高，不管是牙周病統合照護計畫或其他資訊也是都會區比較容易獲得，那城鄉差距的數據不曉得有沒有，不管是無牙率、齲齒率或者是牙周狀況的數據？

張副司長雍敏

不是每年都有，因為當時招標沒有要求要分析。

主席 蔡副署長淑鈴

調查是一年一萬個 case？

張副司長雍敏

兩年一萬個。

主席 蔡副署長淑鈴

兩年一萬個，基本上研究的 sample size 要有全台灣的代表性，理論上城鄉都應該要有 case。

張副司長雍敏

那就必須請委辦單位再重新再跑一次。

主席 蔡副署長淑鈴

其實全民健保目的之一係要補足城鄉的差距，現在數據看起來就是平均值，也許城鄉差距會讓我們知道下一步努力的方向在哪裡。近幾年來數據平均值有進步，確實做了很多事情，自然牙保存率現在是16顆，我們還要再努力，在城鄉差距方面，鄉下可能是很差的，都會可能比平均值好一點，所以我們其實要努力的應該是在比較不足的地方，現在看起來沒有這個部分的資料，不知道季老師有沒有這方面的資料可以告訴我們？

季代表麟揚

我簡單報告一下，這是現在世界牙醫公衛學界非常重視的議題，叫做 disparity，就是不公義、不公平，而且是 unfair 的，就是不應該存在的，那我之前跟我的研究生做一個研究是有關五歲以前塗氟，城鄉差異就非常大，那

102年把牙醫師送進幼兒園去做塗氟的服務，有讓整個利用率上升，但結果上升的都是都會區，這個差距在102年之後繼續拉大，但如果看平均值的話，我們就會覺得很安慰，覺得這個利用率有提升、改善了，但是如果從 disparity 的角度去看是沒有改善的，偏鄉地區的小朋友所謂的相對剝奪感恐怕是更嚴重的，所以除了看平均值之外，也要看這個 stander deviation，也就是 variation，然後看看這個 disparity 的議題，是不是可以加以改善。

主席 蔡副署長淑鈴

現在整個醫療界在談的就是健康不平等，如果一個國家沒有全民健保或者沒有全民醫療覆蓋計畫，那就是所謂的有能力的人才可以得到服務，這種情況是另當別論；但是現在絕大多數先進國家都有不同程度的健康制度在提供醫療照護，所以要去消弭健康不平等係很重要的。台灣有一篇經常被引用的 paper，是國衛院的溫啟邦教授做的一個研究，探討健保開辦前後，全國民眾平均餘命有沒有縮短，城鄉差距又是如何，結果是都會區平均餘命增加，但是鄉下地方距離還是很大，所以像健保這種社會制度，確實健保前十年及後十年比是有進步，但是鄉下地方進步的比較少，所以為什麼東部人口比西部人口的壽命少十年，這就存在著健康不平等。牙醫也是一樣的，不管指標是看無牙率、齲齒率或是牙周健康，顯然還是要看健保前後這些指標有沒有進步，看起來都有進步，但是有健保之後，本來大家都繳保費應該得到同等的進步，卻有些地方進步很多、有些地方沒什麼進步，那不就是我們下一步應該拉近這樣的健康不平等，這才是每年協商總額時，要提出新 idea 的方向，要去彌平不公平的地方，這樣平均值也會跟著提升，表示我們提供的是公平的照護。而且季老師提到的 variation，如果 variation 很大，代表城鄉差距很大，現在沒有普查，全部都是抽樣的，但 sample size 有大到兩年一萬個 case，理論上抽樣如果夠好，城鄉的 case 應該都會有抽到，所以我覺得這份資料很重要，對於下一步該怎麼做，每次協商的時候我們都在討論，每一項提案預算都很多，但是不是將資源放到最需要的地方，使資源配置做的更好，今天我覺得很可惜都只看到平均數，而沒有標準差，沒有看到城鄉差距的數據，如果 raw data 當中有這些資訊，或是完整的 raw data 可以提供給我們分析，分析之後再於這個會議分享，這樣就可以知道現在的政策再往下做，經費的投入是不是值得，或者是全民口

腔健康有沒有比較好，不公平性有沒有縮短，不曉得副司長是否可以提供？

張副司長雍敏

我必須承認這是缺少的部分，因為我們真的沒有那個 raw data。

主席 蔡副署長淑鈴

最近一年的調查是誰做的？

張副司長雍敏

是全聯會黃醫師承攬的。

主席 蔡副署長淑鈴

那可以跟黃醫師要到 raw data 嗎？

翁代表德育

全聯會有標心口司的這個研究案，有 raw data 沒有錯，但還是要心口司授權，如果心口司 ok，全聯會這邊當然沒有問題。

張副司長雍敏

當然 OK，這是非常有意義的事。

主席 蔡副署長淑鈴

所以心口司答應提供 raw data 嗎？

張副司長雍敏

主席都說 ok 了，這個當然 OK，我覺得這是很有意義、很重要的。

主席 蔡副署長淑鈴

所以可以下決議說，心口司副司長可以讓本署分析這個 data base？

翁代表德育

全聯會會配合。全聯會是去標案，但這個研究的權力跟專利是屬於心口司，不是牙醫全聯會，如果心口司沒有問題，全聯會當然是尊重。

第二點，謝謝主席跟心口司副司長所提，事實上最近幾年牙醫全聯會一直想做這個議題，我們也知道健保裡面存在很多不公義，尤其是在就醫可近性方面碰到很多瓶頸，也在想辦法解決這些瓶頸，但其實在牙醫內部要討論這個問題，有相當程度的困難，因為全聯會是一個由下而上的組織，大部分的醫師是在都市執業，鄉下執業的醫師畢竟是少數，所以要說服全體牙醫師來做這些事情，其實我們要相當的準備跟證據、跟說服，但如果請到主席跟季老師來說明這些

事情，我覺得會比全聯會自己去跟牙醫師說明來的更好，剛好全聯會11月11號有一個基礎總額的幹部訓練課程，大概有來自全國400多位的幹部，所以全聯會會再發邀請函請主席跟季老師參加。

主席 蔡副署長淑鈴

好，所以可以拿到 raw data，再依據變項做進一步分析，同時也會搭配用健保署資料庫，至於剩下幾顆牙或沒有牙之資訊，健保署資料庫來說是 missing，如果這兩份資料可以搭配，就可以把拼圖拼得比較好。雖然現在不知道當初研究蒐集的變項是那些，如果可以的話，請提供一個窗口讓我們取得這些 data，進行進一步分析。

我可以理解全聯會對於會員很難有太多約束力，但基本上有總額之後，牙醫一直是模範生，而且牙醫相對西醫沒有那麼複雜，相信謝理事長也希望追求卓越，過去長期是錦上添花，現在如能多做一點雪中送炭，這樣才可以平衡，要不然在都會區一直加碼，最後都會區人口的口腔健康其實自己都維護的很好，有時候自我照護也不一定去找醫生，不如想想看用什麼方法去照顧那些弱勢族群，這才是真正的公義。

張副司長雍敏

要不要先把這項列入會議紀錄？我會再請示本司司長，相信司長會同意。

主席 蔡副署長淑鈴

好，沒問題，我也會跟謹司長再拜託，那這個報告大家還有沒有意見？

謝代表尚廷

全聯會一直很努力在解決城鄉差距，以及降低學童蛀牙率兩部分，但是常常碰到困難，比如說高雄市有發現蛀牙率不是偏鄉的孩童蛀牙率最高，當然都會區也不會高，而是教育局告訴我們，蛀牙率最高的反而是在三不管地帶，就是所謂的弱勢鄉鎮、蛋白區，教育局跟我們討論要怎麼樣降低蛀牙率，如果要去學校進行齲齒防治，學校的配合很重要，那我記得以前曾提過，如果學校在學童入學的時候，例如有些歐洲學校規定一定要完成口腔檢查跟治療，才可以完成入學，第二個則是要學校配合牙醫師公會進行蛀牙防治宣導的工作，那高雄市曾經有發生學者要主動去作調查研究，可是學校是拒絕的，因為學校校護不想做這些事，或者到偏鄉做服務也會碰到不願意設置治療椅，我們碰到很多的阻

礙，其實我們做這些事情，會碰到很多阻力，那我當時有個建議是衛生局能不能把這個防治指標納入學校的評鑑指標，結果每個人都說不要，這是學校教育單位的立場，所以未來有相關會議是不是可以請教育部相關的主管機關一起出席？如果從教育部行文過去學校，我們要進去學校服務，學校的配合度就高很多。偏鄉也是一樣，副司長提到城鄉差距的問題，全聯會內部已經開始討論，其中有一項就是要去設置治療椅，但很多地方是我們要去拜託他們讓我們設置，但未必能夠成功，還要透過私人關係，所以效率很慢，如果能夠由政府，比如內政部、教育部，有些相關的配套措施可以協助衛福部這邊推動這些事情，我想效率、速度都會快很多。

主席 蔡副署長淑鈴

好，這些建議都會記下來，再想看看有什麼方式讓成效更好。另外，請看第17張投影片，孩童齲齒的指數或盛行率，1995年是健保開辦的元年，到2011年差不多15年的時間，盛行率只有下降一點，改善並不顯著，再看第21張投影片，2005年到2016年差不多10年，18歲以上齲齒盛行率是上升情形，65歲盛行率也是上升的，自然牙顆數23顆變成25顆，老人是14顆變18顆，超過20顆牙比率是下降，18歲以上是下降的，65歲以上是差不多，雖然健保服務全部都有給付，包括補牙、根管、拔牙、補牙、根管、牙周的服務，但數據卻是不顯著，當然這是不同單位做的調查，一個是全聯會2016年做的，然後2005年是高醫的，數據能不能比較沒有人知道，可能調查方法或是蒐集方法不一樣，再來是第23張投影片，牙周狀況其實是有改善空間的，成人的進步有限，孩童則是不理想，但還是看不到城鄉差距。那大家還有沒有其他的問題要提出來的？沒有的話，這個報告案就到這裡。

第三案 106年第1季牙醫門診總額點值結算報告

主席 蔡副署長淑鈴

好，這是今年第1季的點值結算，大家有沒有意見？沒有的話，本案就確認。

第四案 105年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

主席 蔡副署長淑鈴

去年品保款的核發報告，大家有沒有意見？

翁代表德育

因為以前醫院代表都會看這部分，如果按照以前的格式會有很多細項，非常清楚。因為很明顯牙醫品質保證保留款跟其他部門不一樣，因為表格中如果有部分領取、全部領取，還有分出很多指標院所達成情形，我記得以前是有些比較複雜的表格，因為醫院代表會很關心這部分，如果代表需要這份資料，可以直接給他們吧？

主席 蔡副署長淑鈴

好，現在就發給各位代表。有不同指標的面向，包括基層跟醫院的達成率，那這個案子還是先暫保留，稍後看到細表再來討論。

參、討論事項

第一案 修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」

主席 蔡副署長淑鈴

全聯會這邊有要補充說明的嗎？

劉代表經文

請先看兩方試算差異很大的地方，其實兩方定義是接近的，當然全聯會有同時試算了人次跟人數，可是我們希望是以人數作為計量標準，只是為什麼在不管分子、分母數字都有差異，我想這部分就是請兩邊資訊組再去確認。

曾專委玫富

牙醫全聯會所提供之牙周病統合照護計畫後追蹤治療率之計算公式以人數除以件數計算，分子分母的單位並不相同，建議分母分子應皆以人數計算較為合理，經本組試算，104年分子為18,885人及分母為99,073人，105年分子為38,361人及分母99,384人，分母的案件數則為123,313件。依支付標準規定1個人原則上只能申報1次 P4003C，依上開試算結果來看似有同一保險對象申報超過2次之情形。另為免分子會將非統計期間執行牙周病治療之病患納入計算，導致追蹤率高估，建議追蹤治療率之分子應計算統計期間保險對象申報 P4003C 之後，往

後追蹤一定期間是否執行91018C 該項治療之人數。

主席 蔡副署長淑鈴

好，看起來兩邊都是共識要以人歸戶做計算，但是執行 P4003C 與91018C 不是同時發生的，做牙周病統合照護計畫 P4003C 的病人，要做到牙周支持治療的時候，會有時間上的往後延遲，所以當年分母有的，可能分子還沒有發生，如果到年底還沒有發生，就會有跨年的問題，所以只算當年同時有發生的，其實是低估。應該要統一算法，一種算法是105年在分母的那些人作為一個世代，然後追蹤到這些人療程結束之後，時程上可能會跨年，這種算法的缺點就是不曉得要等多久，另一種是如果當年只計算有在分子的人，不要分子分母一定要同一批人，那就會分子有部分的人是去年留下來的，年初時計算進來，今年分母有部分的人會遞延到明年的分子。

劉代表經文

所以104年分母的定義是一樣的，雖然分子數字有些差異，因為分子是往後抓的。

主席 蔡副署長淑鈴

所以要定義時程應該要抓多久，但為什麼只有104年分母數字兩邊計算是接近的，其他都有差異？

劉代表經文

可能要請兩邊資訊人員互相溝通，看看截取資料的方式是不是有不一樣。

主席 蔡副署長淑鈴

好，所以這個提案的這三項口腔健康指標顯然大家沒有意見，比較有爭議的是牙周病統合照護計畫的追蹤治療率？

曾專委玫富

本組同意增加這個指標，但是計算邏輯部分要再討論。

主席 蔡副署長淑鈴

計算方式還沒有共識，但是口腔健康指標的文字修正，大家是同意的？

曾專委玫富

這部分是主管機關負責。

主席 蔡副署長淑鈴

心口司有沒有意見？

張副司長雍敏

沒有，沒有意見。

主席 蔡副署長淑鈴

好，這個口腔健康指標其實是剛剛報告的內容，有很多是採用國際標準的。那牙周品質指標這項是兩邊計算還沒有完全一致，請醫審及藥材組再說明。

曾專委玫富

品質確保方案的文字可以寫的比較原則性，操作型定義只是要再考慮時序問題，是細部的指標計算問題，詳細執行邏輯可在會後另行討論。

劉代表經文

對，分子的時間期程我們再與醫審及藥材組討論。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那大家同意這項牙周病品質指標嗎？同意。好，那大家看一下28頁有畫線的部分，這裡分母要稍微修正，修正為人數而不是件數，分子是分母人數中有執行91018C的人數，還欠缺的是要追蹤多久的時間期程，這個部分就授權全聯會及醫審及藥材組兩邊會後再討論，討論結果後續要寫入本方案中，不然永遠有人不知道怎麼算出來的，好不好？那原則上同意這個本案的修訂。

溫代表斯勇

想再確認一下，剛剛主席說分母是要用 P4003C 的人數嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

是。

溫代表斯勇

可是分子現在寫的是分母中有執行91018C的人數，這樣分子定義就已經被限縮了，就是要包含在分母裡面，就是主席有提到截長補短的狀況，也就是假設從104年做牙周統合照護計畫的人，他比較早開始做91018C，這就會算進去，105年比較晚完成牙周統合照護計畫的人，來不及做91018C的就不能納入計算。

主席 蔡副署長淑鈴

所以要再討論追蹤到106年的幾月份。

曾專委玫富

這部分可以再商量。

主席 蔡副署長淑鈴

因為已經鎖定分母那堆人，分母的 ID 要跟分子相同，但是不能只追蹤到年底，有人年底才做 P4003C，比率一定會低估，所以105年數據要往後追蹤到106年，但要再討論追蹤到什麼時候，假設低估了，也要有一致性的低估，這樣才具有可比性。好，追蹤期程就麻煩醫審及藥材組跟全聯會再討論。

曾專委玫富

另外，參考值的部分，全聯會表示暫不訂定，依過去往例新增指標均是寫於新增一年後再訂定參考值。

主席 蔡副署長淑鈴

好，第一年暫不訂定，請寫入方案文字。

曾專委玫富

建議本次可決定時程，分為每季或每年，每季就是例如106年第一季中有做 P4003C 的病人。

主席 蔡副署長淑鈴

還要再往後追蹤幾個月。

曾專委玫富

往後追蹤幾個月，要看臨床專業上意見是如何，如果臨床上做完 P4003C 之後，三個月內通常就會做支持性治療，那就可以訂追蹤三個月。

主席 蔡副署長淑鈴

期程要訂幾個月「以上」，因為這個指標沒有辦法如期產生，可能會落後一季，這部分請兩邊會後再商量。

曾專委玫富

另外補充資料第24頁填補率畫底線的部分，本組有依最新支付標準更新牙體復形的醫令項目。

主席 蔡副署長淑鈴

好，這個沒有問題吧？

劉代表經文

有，有需要調整的地方，這部分有寫到「排除中度以上身心障礙化療放射線治療」等文字，這個名詞是有問題的，早就已經改了，應該改成「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象」、「化療」、「放射線治療患者」，應該用現在的名詞。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那文字修正就麻煩直接改掉，還有沒有其他問題？

劉科長林義

請看補充資料的第22頁，有關第3項專業醫療服務品質部分，包括訂定臨床治療指引、編訂審查手冊或審查手冊執行率等，這些項目在其他總額部門都沒有，可能是在當初剛開辦的時候訂定的，所以想問是否還要保留？

劉代表經文

臨床治療指引我們都有定期的檢討，而且有廣邀各專科醫學會共同擬訂，每次擬定完以後，特別是新的支付標準表，都會送到部裡面或署裡面備查，所以這部分我們都有在做，不管是新增或修訂，例如有些只能夠用圖示，或是用更細節描述去定義，這個部分特別是對於專業審查是有幫助的。

劉科長林義

建議再把名字修正一下，要不要把訂定改成檢討？時程改變成每年，然後審查手冊也是這樣修改，審查手冊執行率就改成每半年，建立牙醫醫療機構輔導系統，建立應該改成檢討，時程改成每年這樣子，專業品質規範也是改成每年。

劉代表經文

可以。

曾專委玫富

其實這些項目在品質確保方案都寫在文字裡面，所以其他總額沒有另外在附表再訂。

主席 蔡副署長淑鈴

請各位代表看第20頁的本文，如果本文都已經寫了這些項目，那就不是指標，而是一定要做的項目，而且全聯會目前都有在做，所以是重複寫，那大家同不同意保留本文部分，把本文部分再完整敘述清楚，附表部分就刪掉？好，同意

的話，我們就照這樣修訂。還有別的修訂嗎？

劉科長林義

第28頁、29頁指標，主辦單位是主管機關，想再確認。

主席 蔡副署長淑鈴

心口司同意嗎？

張副司長雍敏

Ok。

劉科長林義

請問指標的時程？

主席 蔡副署長淑鈴

可能要麻煩心口司幫我們填時程。

張副司長雍敏

我們的調查就是每六年調查一次，以終其一生會分成三個階段，就是0到6歲、6歲到18歲、18歲以上。

主席 蔡副署長淑鈴

既然不是每年，比如說3歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率，那就填時程是幾年，再來以後每隔幾年做1次這樣子。

張副司長雍敏

好，那就照這樣子提供。

主席 蔡副署長淑鈴

請在會後填給我們。

張副司長雍敏

沒問題。

主席 蔡副署長淑鈴

好，其他還有沒有意見？如果沒有意見的話，第一案就照修正通過。

第二案 牙醫醫療機構交付病人醫療處置明細之可行性

主席 蔡副署長淑鈴

好，這位陳醫師鍥而不捨，他認為對的事情就要堅持，從105年到現在已經5次

來函，來函的附件六其實是醫療處置明細一目瞭然的概念，是每次詳列牙科治療究竟做了哪些項目，一般人會去注意的人跟不注意的人差別很大，而醫師有沒有好好的說明差別也很大，所以這樣子詳列就是一翻三瞪眼，但就是各有優劣，那就請教各位代表的意見。

吳代表明彥

牙醫總額一向是最好的，沒有進展也說不過去，我知道有些牙醫診所因為電腦系統覺得有困難，事實上大部分醫院都已經做到了，診所沒有理由不去做，但是可以列時間表，或者先列入鼓勵項目，這塊要考量院所的困難，但是就是要做，大概也躲不掉了。

徐代表邦賢

有關於這個部分，其實牙醫總額自律自求，同儕之間的制約力量很大，陳醫師的好意是在於能夠減少一些不肖院所的虛浮報，但其實牙醫總額對虛浮報是零容忍的，要發現虛浮報其實有很多管理方法，但畢竟虛浮報比例占非常少，如果說以法律觀念的比例原則來講，要去查緝這些虛浮報而讓醫院或診所，這些所謂極少數的院所可能是無心或有心違法，而讓整個基層院所與醫院大費周章來更改這些，我覺得是有點不符合所謂目標與成本的概念，其實醫院收據裡面也是沒有詳列醫令的，更何況是基層診所，但這樣還是符合相關收據的規定，像是醫療點數都有明列。

其實有很多方法可以偵查虛浮報，例如我本身在南區，南區有透過其他方法去偵測院所異常狀態，包括可能的虛浮報，實際上不需要動用到這麼大的成本而只是為了查弊，當然這個方向我們不反對，只是因為茲事體大，是不是能夠讓全聯會帶回去研究一下，或許可以在收據裡面去提供一些資訊，比如現在健保署大力推廣的健康存摺，其實健康存摺裡面寫得相當詳細，而且是對於全人，不只有牙科，這樣子鼓勵民眾更了解自己身體，我覺得也是一個方法。

第二個，收據如果能夠有這些資訊，包括加註警語的部分，全聯會還會再去討論，下次會議再跟大家報告討論的進度與方向。

主席 蔡副署長淑鈴

這個案子應該也提供給全聯會好幾次了，105年10月17日全聯會就回覆要維持現狀，但陳醫師就是鍥而不捨，全聯會當然可以拿回去討論，但是不要又說維

持現況，這樣又會是繞一大圈就回到原點。

溫代表斯勇

這位陳醫師是在台北分區的醫師，所以在台北業務組的共管會議是有處理過的，針對這件事最近一次的決定是像徐邦賢主任講的，其實我們覺得其實健康存摺已經很好，而且事實上他自己都還可以自己協助病人查詢與勾稽，所以我們非常贊同署方推行的健康存摺，所以也都這樣跟他回應我們的決議，剛剛主席覺得這位陳醫師鍥而不捨來了五次，可是他針對我們每次的回應，都告訴我們他反對，如果他不認同鼓勵病患用健康存摺查詢這些資訊，他的理由在哪裡？為什麼一定要跟現在國家節能減紙的政策背道而馳？我覺得國家花了這麼多錢去建置一個更完善的查詢系統，他卻不想要他的病患去使用。

謝代表尚廷

我們會再研議，下次會議一定會有進度。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝你們肯定及協助推廣健康存摺，確實健康存摺是一個好方向，但是現在大概不到五十萬人下載，距離每個人都有資訊還有很大的落差，在推廣過程中，如果收據也可以更詳細當然是很好，因為一夕之間要2300萬人或成年人1000多萬人都能夠去下載健康存摺，距離還是很遠的，但距離這位醫師希望現在就能夠資訊透明，距離當然很大，雖然法規沒有規定一定要這麼詳細，但也沒有說不可以這麼詳細，法規是低標，可以更好對不對？只是不是每位醫師都願意這麼好，現在當然沒有這個約制力，因為法規沒有說一定要這樣做的時候，牙醫會員就不一定能全面遵循，所以才會建議能做的先做，能做的就加分，不能做的也沒違法，這樣子會有激勵作用，大家會往比標準規格更好的方向邁進，再請全聯會帶回去討論，好，那這個案子大概就是到這裡，大家還有沒有其他的意見？

徐代表邦賢

這個案子大家都是目標一致，只是希望模範生總要做更多模範生的事情，但我們達到共同目標有不同的方法，也有很多可以達到目標的方法，所以容我們帶回去討論。

主席 蔡副署長淑鈴

這件事情是資訊揭露，不只是為了防弊，有很多目的，也是教育，剛剛說防弊方法很多，不是只有這個，但是這個的目的不是唯一只有防弊，這件事情就麻煩全聯會帶回去討論，這個案子就先保留，如果陳醫師再來函就回覆已經請全聯會審慎評估，請他再等一下，下次會議應該會有比較具體的結論，這個案子就到這裡。

第三案 牙周病統合照護計畫108年導入一般服務之進度規劃

主席 蔡副署長淑鈴

這個案子先請全聯會說明。

翁代表德育

首先，針對署的意見二做說明，上次會議署有根據一些醫令、按照這樣的邏輯去跑了105年的資料，大約牙周病統合照護計畫需求人數大概是20萬件，因為上次會議紀錄是我們認為醫令有些欠缺，所以後來我們行文有增加一些醫令，後續有跑一個結果，我以為這個結果署會呈現出來，結果沒有看到，這個結果是這樣子的，考量一般服務部門牙周病人數，以105年作計算，105年大約會有42萬到43萬的需求人數，也就是意見二所述，我們也強調需要治療牙周病的人數，或是需要用到統合照護計畫的人事實上比率是很高的，但關鍵不是在於需求有多少，而是在於牙醫部門能夠執行的件數有多少，或是牙醫部門能夠執行的醫師數有多少，所以我們用這兩個方式來估算，一個是用案件數來推估，那署的意見三部分是說106年1-6月執行件數是8萬7千件，如果按照這個比例乘以2，看起來106年執行件數大概只有17萬件，但每年1-6月份執行數占全年比率大約是46%，那就不是乘以2，占率不是50%，事實上換算106年執行總件數應該是我們推估的18萬6百件，成長率是21%，執行率是121%，落差只有1%，第三個推估方式是用醫師數估算，最近這幾年執行統合照護計畫的醫師數都有穩定增加，能夠執行統合照護計畫的件數就會增加，事實上到107年我們推估件數應該是22萬件，所以換句話說我們用三個方式來推估107年會有多少件數，第一個是用量來推估，105年大概有40萬人數需要統合照護計畫，第二個是用件數來推估，107年是23萬件，108年是28萬件，第三個是用牙醫師數來推估，

107年是22萬件，108年是27萬件。

主席 蔡副署長淑鈴

好，請健保會說明小總額問題。

健保會 陳燕鈴

目前牙周病統合照護計畫是列在專款項目，若導入一般服務，則預算併入整體一般服務預算提供服務，目前除了品保款依其方案支用外，其他項目沒有印象有例外處理。

主席 蔡副署長淑鈴

有關108年要併到一般總額的時候，還有沒有小總額，健保會解釋是目前沒有這個做法，沒有小總額的概念，是要一起勻用的，但是我們可以監控，可以觀察當時放進去的預算是太多或太少，但不能在一般服務裡面再分出一個小總額，小總額點值還跟一般總額點值不一樣，沒有這樣子的做法。

翁代表德育

一般服務裡面也有保障點值是1點1元。

主席 蔡副署長淑鈴

那是保障點值，跟小總額不一樣。

翁代表德育

所以換句話說統合照護計畫回到一般服務以後，將來也可以用保障點值的概念，這樣是合法的？

主席 蔡副署長淑鈴

是可以再討論的。

翁代表德育

好，如果不是用小總額的概念來做，而是用保障點值的方式，是可以討論的方向。

主席 蔡副署長淑鈴

因為每年都會去討論什麼項目要固定點值，這沒有違背總額的架構，但是過去以來健保會不太希望固定點值的項目太多，這是參考。請那個醫管組再說明。

谷組長祖棟

剛剛全聯會有說明107年23萬人的估算方式，現在只是提醒你們用的22%成長率是105年的，可是其實104年跟103年的成長率只有14%，只用1年成長率去估算

是不是合理的？

翁代表德育

如果要用最貼切的，應該是用106年、105年，但因為是代表最近發生的事情，106年現在能夠執行的件數是8萬7千件，已經換算106年執行件數是18萬5千9百件，成長率是21%，跟我們估的22%落差很小，其實我們一直強調不是只有用件數當作唯一的推估參考，還有用醫師的執行能力、新增加的醫師數，來代表量能的提供，把這些推估比對起來其實都很接近。

谷組長祖棟

105年醫師數跟我們算的其實有落差，你們估算的醫師數是4,713人，我們估算只有4,589人，另外想再請教，因為未來這些給付項目是108年要回歸一般部門，一般部門裡面現行有些個案其實申報醫令跟現在目前牙周計畫所執行的醫令，包括次數、頻率，其實是一樣的，我的意思是，一般部門中有些個案並沒有接受牙周病統合照護計畫服務，但是等這個計畫導入一般服務的時候，那些人是不是會來接受這個服務？107年23萬是不是有涵蓋這部分？

翁代表德育

我大概知道你的意思，從民國99年的時候，我們提出接受統合照護計畫的每件點數是一萬點，當初給的是6千8百點，為什麼會少3千2百點，原因是因為舊有的支付標準中有些牙周治療項目，當初認為是可以替代的，但其實最近幾年我們也有跑資料，顯示這些舊有的醫令項目，件數有少一點，但根本沒有辦法完全替代，換句話說，統合照護越做越多，但這些舊有項目雖然有少一些，但一直到現在都還是存在著，沒有完全替代，那會不會統合照護計畫導入到一般服務之後，舊有牙周支付項目的件數會再更少，其實能夠替代的非常有限，所以剛剛提的問題，基本上應該是不存在。

主席 蔡副署長淑鈴

這樣有沒有釐清？

谷組長祖棟

你的意思是等專款要移到一般部門，就是純粹就目前專款的件數跟成長率，以及推估出來的費用去提列。

主席 蔡副署長淑鈴

所以如果照這樣的話，今年是18萬件，106年預算是13.93億，15萬件的費用，

其實沒有辦法涵蓋18萬件，所以會變成浮動，那107年全聯會估算會到22萬件，如果今年真的發生了18萬件，我們的預算是少了多少？點值會浮動成多少？

翁代表德育

執行率是121%，點值應該不到0.8。

主席 蔡副署長淑鈴

所以應該要再加2成，因為108年要導入到一般服務，理論上應該要算的精確一點，應該再加上2.7億進去，就是缺2.7億，108年是估計23萬件，那就是要從22萬件要到23萬件。

翁代表德育

我們都是用每年成長率22%去估算。

主席 蔡副署長淑鈴

所以108年滾入23億，以後就牙周計畫就併入一般預算，嗣後不會再為這個項目增加預算，也不可以再收自費。併入一般服務預算之後就是跟一般費用浮動。

翁代表德育

一件一件事情拆開來談，第一個最重要的是不收自費，從以前到現在我們一直有在努力。

主席 蔡副署長淑鈴

可是還是有在收自費。

翁代表德育

我知道，但如果有的話，希望按照既有法令嚴格執行，因為全聯會已經竭盡所有努力，包括每年牙周病統合照護計畫都有針對病人做問卷，問病人到底醫師有沒有收自費，第二個是108年統合照護計畫導入一般服務，去年在健保會會議紀錄有提到以後通通都不能扣在增加總額超額計畫的件數。

主席 蔡副署長淑鈴

不能再用牙周病這個名目增加預算，是要跟著總額一起成長，比如說總額現在成長率3%，那滾入基期之後就跟著總額成長，每年大約3%成長。

翁代表德育

不是每一年，因為成長率有協商跟非協商因素，協商成長率有協商項目成長率的成長，不會促進原來舊有一般項目的成長，也不是非協商因素，醫療服務成本指數改變率，每一年都有固定成長率，是用來調整特定項目的成長，所以也

不會滾到舊有一般服務項目的成長，可以滾的就是投保人口成長率跟人口結構成長率，這兩項不一定是正的，所以我們冒著很大的風險，108年以後牙周病統合照護計畫納入一般服務之後，以後不一定會滾一個正成長率，因為大家都知道現在人口老化，投保人口成長率不一定是正的，其實以後件數夠不夠真的很難講，但是全聯會一定是遵照健保會的會議紀錄。

主席 蔡副署長淑鈴

這個案子其實是一個進度規劃，最終108年目標可能到28萬件，但會不會發生不知道，至少有這樣規劃，我們當然會列入107年總額協商的參考數據，也會再校正我們提出來的相關數據，但107年計畫還在專款，現在執行率都超過預編的預算，沒有關係，我們還有一年的觀察時間，到108年的時候再看要放進去多少，今年總額評核會議也有提到牙周病統合照護計畫要加預算，因為執行率超過100%，所以加預算已經很明確，但是要加多少要看協商的結果。

翁代表德育

事實上每年統合照護計畫案件數的成長，我們都有提出來，相信署這邊也有紀錄，每年提出的件數很多沒有變成協定，其實有發現實際執行件數都相當接近當初我們推估的件數，第二點我必須要講，108年完全導入一般服務，但從100年這個計畫執行到現在，執行率都特別好，這五年來超支11億，是不是也拜託將來在這個統合照護計畫應該給予我們一個特別的考量。

主席 蔡副署長淑鈴

好，翁醫師講的每句話都記入會議紀錄，做為編列107年總額的重要參考。

謝代表尚廷

過去超支11億這個部分，其實之前想在健保會上面提案，但是後來覺得不要好了，但是翁醫師在署這邊的會議上提了，雖然這個計畫已經過了五年，但聽說以前中醫有要過，要了很多次之後，有一次就成功了。

主席 蔡副署長淑鈴

好，重點是明年的協商，事實上有很多的專款也是估不精確的，偶爾會有這樣子的狀態，各總額都發生過，上次中醫的那個例子不能跟這個類比，這個計畫最後協商多少進去到一般服務之後，以後總額協商這個議題就暫時不會再討論，然後希望能好好的把牙周治療做好。

這個估算到底會不會這樣發生也不知道，可能也有很大城鄉差距，所以也要麻煩考慮城鄉差距的問題。好，還有沒有問題？那這個案子就洽悉。

第四案 有關支付標準92093B(牙醫急症處置)、92094C(週日及國定假日牙醫門診急症處置)，建請健保署暫時勿以 ICD-10設立自動化核減邏輯或其他專案扣減

吳代表迪

由於92093B跟92094C是去年新增的支付項目，支付標準表之備註適應症診斷其中文部分說明後面具有ICD-10碼，由於適應症所含範圍廣泛，是以當時設計ICD-10碼作為院所申報的參考依據，但實務操作上，院所申報所適用之診斷並不僅限於支付標準表所載之ICD-10碼，由於ICD-10編碼相對繁雜，一般審查部分我們還是以專業審查為主，並不會特別以ICD-10碼做審查依據，而現在各業務組設定專案管控且行政處置的問題，如果照支付標準備註之ICD-10碼設定自動化審查邏輯而執行行政核減的話，可能會影響後續院所申報意願跟民眾就醫權益，上個月我們全聯會醫審室及企劃室都已經提出針對這個兩項支付標準的修訂案，主要是針對ICD-10診斷碼參考內容以及不得併同申報兩部分。在設立電腦自動化邏輯時，署這邊的文字認定跟我們的認定可能有落差，我們希望未來是不是能夠多一些互相意見表達的機會，那我們就可以提早做出修訂或是說明，也不會造成行政人員誤會及增加負擔。

曾專委玫富

92094C於支付標準中的適應症文字如果只是參考用途，建議要在支付標準中註明，因為本組自動化審查是依據支付標準的適應症規範處理。另外，不可併同申報的部分較無爭議，可完全依照支付標準明文規定設定邏輯。適應症確實涉及臨床專業，未來設定有關適應症或疾病診斷碼邏輯時，本組會先照會全聯會表示意見。

劉代表經文

我們兩個幕僚單位已經開會建議修改支付標準表，所以在這裡特別提出來。

主席 蔡副署長淑鈴

修改支付標準表是要修改適應症的範圍嗎？

劉代表經文

適應症中文沒有變，因為說明已經很清楚。

主席 蔡副署長淑鈴

是ICD-10碼要增修？

劉代表經文

對，要再增修，所以我們考量保留中文，ICD-10碼先全部拿掉，重新考慮到底應不應該再放進來。

主席 蔡副署長淑鈴

所以意思就是要取消這些自動化審查。

劉代表經文

不是，不得併同申報我們同意。

主席 蔡副署長淑鈴

但是適應症的診斷碼要全部拿掉。

劉代表經文

因為我們目前發現跟我們原意的中文會有落差，會不停產生疑義。

主席 蔡副署長淑鈴

分區業務組有沒有要補充？分區業務組沒有，這個案子其實是因為現在審查經費有限，透過專業審查是比較花錢的，如果可以透過寫入電腦規則，大家都照這樣子來處理的話，理論上不會有什麼問題，但現在把全部診斷碼都拿掉，那要怎麼樣去確認？除非有抽到這種案件才有辦法審查，所以醫審組是覺得如果適應症、代碼不足，就再增修，增修後還是要寫入電腦規則，那不可併同申報的部分本來就沒意見。

劉代表經文

其實會發現要寫進去的診斷碼會越寫越多，過程中一直都會有人提出新的挑戰，他們提出來的好像也都有道理，所以這是比較困難的。

許代表世明

自動化審查部分，我想出現這些問題，大部分責任都在全聯會，畢竟所有適應症的草擬都是我們提出的，我想這個部分全聯會會帶回去，也不是一定要完全把ICD-10碼拿掉，我們先回去檢討複雜度及可行性，可行性高且容易宣導的就會考慮把ICD-10碼留下來，後續要修訂支付標準表的話，我們會再提出。

主席 蔡副署長淑鈴

好，所以這個案子先暫保留，下次會議再提出來。

許代表世明

另外，還有扣款的問題，是不是可以先停下來？

主席 蔡副署長淑鈴

醫審組這邊的意見呢？

曾專委玫富

尊重會議決議。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那這部分就是暫緩核扣，等下次決議之後再來決定，分區業務組可以嗎？
可以，那從哪個月份開始？已經扣的就不要再回溯，還沒有扣的就暫緩核扣。

曾專委玫富

建議決定是哪個費用年月開始暫緩核扣，目前7月份已經執行，8月份尚未執行。

主席 蔡副署長淑鈴

好，費用年月8月份開始暫停執行這個自動化審查，這種急症處置案件不多，
等到下次有新決議之後，增修後再執行。

溫代表斯勇

主席，我想確認8月以前如果還沒執行的就不扣，已執行的不回溯嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

7月份就照執行，避免不一致，8月份的費用起暫停執行這項檢核，8月份現在
還沒有申報，那麻煩全聯會帶回去研究，下次會議再提出來討論，這個提案就
先這樣。

(續)報告事項第四案 105年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告

主席 蔡副署長淑鈴

我們再回到報告事項第四案105年品保款核發結果，不予核發比例在各分區有
滿大的差距，這些指標中表現很好的比例，六分區差別不大，但是完全領不到
的比例差別比較大，大家有沒有意見？

翁代表德育

以前都有每一個指標的比率，現在沒看到，因為全聯會一定要檢討這些項目，
我們很注重品質保證保留款，要知道為什麼指標比較差，未來要怎麼樣改進。
其實大指標群中有很多小指標，以前也都有呈現，例如1A、1B、1C的子項目有
多少人達成這樣。

主席 蔡副署長淑鈴

那就會後資料再提供，還有其他意見嗎？

吳代表明彥

其實應該是每年要越來越進步，理論上就是要有這種趨勢才是符合我們當初的期待目標。

主席 蔡副署長淑鈴

是，品質保證保留款就是要有鑑別度，一定要可以分出好壞的指標，如果大家都可以達到，那這個指標就應該退場，換另外一個指標，會後我們會把詳細資料提供出來，那105年核發狀況大家同不同意呢？好，那這案就洽悉。有沒有臨時動議？

季代表麟揚

關於齲齒盛行率，因為會有不同的定義，一般常用有兩個定義很容易混淆，一個是齲齒經驗盛行率，是把 DMF 都算在分子，另一個是未治療齲齒盛行率，這只算 D，兩者代表意義是不一樣的，所以未來分析資料或呈現數據的時候，定義要講清楚是齲齒經驗盛行率或未治療齲齒盛行率。

主席 蔡副署長淑鈴

好，這個必須要資料庫裡面能夠辨識出來才有辦法。

季代表麟揚

應該是可以的。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那就請記下來，拿到資料庫之後看看，如果可以分出有治療跟沒有治療的，有齲齒經驗的跟未治療的齲齒，就可以算兩種盛行率，這部份如果我們同仁有任何問題再請教張副司長，兩邊取得一致基礎再統計，以後可以共用這些數據。好，其他大家還有沒有臨時動議？如果沒有，我們今天會議就開到這裡。