

# 行政院衛生署「牙醫門診總額支付委員會」 101 年度第 2 次會議紀錄

時間：101 年 5 月 22 日(星期二)下午 2 時整

地點：18 樓大禮堂(行政院衛生署中央健康保險局)

主席：黃召集人三桂

紀錄：張桂津

出席人員：(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	李委員明憲	李明憲
李委員懷德	李懷德	黎委員達明	黎達明
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	呂樹東代
林委員俊彬	請假	阮委員議賢	阮議賢
林委員文德	林文德	徐委員正隆	徐正隆
林委員啟滄	請假	黃委員月桂	黃月桂
林委員敬修	林敬修	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
翁委員德育	翁德育	張委員文輝	張文輝
梁委員淑政	梁淑政	連委員新傑	連新傑
許委員世明	許世明	劉委員俊言	溫斯勇代
陳委員一清	陳一清	郭委員正全	劉炎秋代
陳委員建志	陳建志	謝委員武吉	朱益宏代
陳委員彥廷	陳彥廷	羅委員界山	請假
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	蘇委員益信	蘇益信
吳委員成才	吳成才		

列席人員：

行政院衛生署  
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  
台灣社區醫院協會  
本局臺北業務組

蘇芸蒂  
林淑華  
謝欣育、邵格蘊、廖秋英  
王榮濱  
王維蓮  
林照姬、莫翠蘭、邱玲玉

本局北區業務組	倪意梅
本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	王世華
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	王本仁、曾玫富、陳綉琴
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	李純馥、張溫溫、王淑華、 林寶鳳、甯素珠、王金桂、 孫嘉敏、楊耿如、洪于淇、 歐舒欣、廖子涵、李健誠、 林子量、鄭正義

一、確認上次(101年第1次)會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)。

二、主席致詞(略)

三、報告事項

(一)、前次(101年第1次)會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)、牙醫門診總額執行概況報告。

決定：報告內容洽悉；另有關「牙醫門診總額支付制度實施後醫療品質與可近性調查」問卷部分，調查前將先請牙醫全聯會表達修訂意見，列入修訂參考。

(三)、100年第4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
	100Q4	浮動點值	0.9610	1.0624	0.9944	1.0787	1.0075	1.1521
	平均點值	0.9567	1.0547	0.9920	1.0728	1.0067	1.1500	1.0031

(四)、重新計算 99 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

(五)、「100 年牙醫門診醫療服務審查執行會執行報告」。

決定：洽悉。

(六)、「100 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」品質指標計算邏輯。

決定：本方案品質指標計算邏輯應依公告之方案內容辦理，針對健保局與中華民國牙醫師公會全國聯合會有不同意見的部分，請雙方繼續溝通後辦理。

(七)、有關 101 年 7 月 1 日(費用年月)起，醫療費用申報格式變更為 XML 檔案格式案，目前準備情形報告。

決定：洽悉。

#### 四、討論事項

(一)、案由：有關牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標「牙體復形同院所一年平均重補率」及「牙體復形同院所二年平均重補率」之名稱及監測值修訂案。

決議：

1. 本案原則尊重吳委員、陳委員與朱委員意見，同意牙醫全聯會意見，將指標名稱更改為「牙體復形同

院所一年同一牙位再次填補率」與「牙體復形同院所二年同一牙位再次填補率」。

2. 林老師建議未來可以選擇其他有改善空間的品質指標，請牙醫全聯會卓參。
3. 有關指標監測值，暫不修訂。

(二)、案由：修訂「牙醫門診醫療服務審查執行會幹部自律管理要點」舊名稱及其相關內容修訂案。

決議：

1. 依牙醫全聯會意見與健保局意見，修訂舊名稱與文字說明。
2. 本方案修訂後內容詳如附件 1。

(三)、案由：有關新版醫令清單規定診療項目填報格式案。

決議：有關「手術費、麻醉費、侵入性處置...等」醫令，請健保局採正面表列的方式，公告那些醫令需要填寫年月日時分，讓特約院所可以據以辦理申報。

(四)、案由：行政院衛生署中央健康保險局醫療費用申報格式將於 7 月 1 日更改為 XML 檔案格式相關事宜。

決議：請健保局與資訊廠商再溝通協調，看是否能比照健保局所提部分廠商，如由資訊廠商透過與院所端之共同資訊平台進行版更，則不收取費用。

(五)、案由：修訂牙醫相對合理門診點數給付原則。

決議：暫不修訂。

(六)、案由：修訂「全民健康保險山地離島醫療地區醫療給付效益提升計畫」。

決議：未來健保局修訂「全民健康保險山地離島醫療地區醫療給付效益提升計畫」，將考量將牙醫與中醫納

入計畫服務範圍內。

伍、討論事項與會人員發言摘要詳如附件 2。

陸、散會：下午 16 時 40 分

## 附件2 「討論案」與會人員發言摘要

- (一)、案由：有關牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標「牙體復形同院所一年平均重補率」及「牙體復形同院所二年平均重補率」之名稱及監測值修訂案。

### 黃召集人三桂

本案為牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標「牙體復形同院所一年平均重補率」及「牙體復形同院所二年平均重補率」之名稱及監測值修訂，請牙醫全聯會表示意見。

### 翁委員德育

1. 這兩項指標監測值去年才修訂，亦曾於監委會報告，本會所提意見非從申報端來看，所提之實證數據，不只台灣，也有世界其他國家的實證數據，內容如本會函健保局函意見所述，本人不再重複說明；建議監測值仍維持去年修訂的指標值。
2. 有關「重補率」名稱確有不妥，正確名稱應為「牙體復形同院所同一牙位再次填補率」，同一牙位有不同牙面，可能這個牙位前一次為近端牙面修補，此次為遠端牙面修補，以專業來看非屬失敗，而是舊牙面為填補成功，本次為新牙面蛀牙，但若以健保局本項指標來看皆為同一牙位，則會被判定為失敗，建議本項指標名稱修改為「同一牙位再次填補率」。

### 黃召集人三桂

請醫審及藥材組表示意見。

### 醫審及藥材組王科長本仁

1. 有關名稱部分，同意牙醫全聯會意見，修改為「同一牙位再次填補比率」。
2. 監測值部分，請參閱附表7，指標監測值(2.5%及4.6%)與實績值(0.01%及0.3%左右)差異甚大，外界(如監理會委員)

多有意見，認為監測值較實績值高，因此本局建議參考實績值，將兩項指標監測值改為 1%。

### 翁委員德育

1. 這兩項指標的實績值可能有扭曲的情形，部分院所可能沒有確實申報，近 1~2 年本會亦向會員宣導，若因病情需要，已確實填補，同一牙位再次填補仍應核實申報。
2. 建議同意本會意見，採用國際實證數值作為監測值。
3. 若外界有意見，建議可提供本會說明之國際實證資料，讓對方瞭解本會之專業意見。

### 吳委員成才

1. 牙醫全聯會提供之國際實證資料，是符合牙醫專業標準的，有關監測值修訂，在牙醫界與健保局兩方面，是很難達到共識的。
2. 有關指標監測值與實績值差異過大，是因為健保局所計算之實績值與實際情形是有錯落的，實際上本指標名稱應改為「申報再補率」才符合實情。因為目前的管控是兩年內再補不給付，因此院所大部分都自行吸收不申報，因此，健保局所提供之數據乃是「申報」再補率，而非真正重補率，自然跟國際數值相比都偏低。
3. 建議同意牙醫全聯會意見，不修訂監測值，或將指標名稱改為「申報再補率」。

### 陳委員瑞瑛

因為健保局不給付，大家都不申報，所以實績值看起來是 0，實際上是有重補，是否可以請大家核實申報，可是申報金額填 0，這樣統計的資訊比較可以貼近實際情形。

### 朱委員益宏

1. 牙醫全聯會所提數值為國際實證數據，不建議健保局修訂監測值。
2. 有關指標監測值與實績值差異過大部分，建議健保局與牙醫全聯會再討論如何配套處理，處理情形可以列入評核會

報告內，作為評核牙醫全聯會總額執行成效之一；而牙醫全聯會亦應檢討為何會員不申報重補，導致指標數值偏低，若為國際人士引用，亦有所不妥，牙醫全聯會應有責任輔導會員核實申報。

### **溫委員斯勇**

若在支付標準的時間限制內執行該項醫令項目並予以申報費用，會因自動化審查遭核減費用，下一個月直接從應付款上扣除，因此除了可能有微乎其微的利息（應當不到幾元）外，實際上反而增加健保局郵寄核減明細給院所時如紙張消耗、人力不足等等的行政成本，院所想當然地不會申報，也希望不要為了想要有看似正確實則不實的數據，而有這樣的決定！以上，謝謝！

### **翁委員德育**

1. 感謝朱委員提供的意見；請主席尊重專業的實證數據，同意本會意見；另有關指標監測值與實績值差異過大部分，本會亦將意見帶回會裡研議，未來，本會將請會員依據病人病情需要，核實申報。
2. 建議將指標名稱更改為「牙體復形同院所一年同一牙位再次填補率」與「牙體復形同院所二年同一牙位再次填補率」。
3. 指標名稱建議不加「申報」文字，因為目前努力的方向是病人需要，院所亦應依實際執行情形核實申報，即指標改為「同一牙位再次填補率」即可。

### **吳委員成才**

仍建議在不修訂監測值下，同意牙醫全聯會所提修改指標名稱；另本人之前所提更改指標名稱為「申報」文字，是指若要修改監測值為1%時。

### **林委員文德**

品質指標之訂定，是希望品質有改善的方向，但看這個指標似乎改善空間很小，改善的效果也有限。這個指標從總額



開辦使用至今，建議未來牙醫全聯會可以考慮選擇其他有改善空間的品質指標。

### 翁委員德育

去年本會有提，但是有委員不同意，明年本會會再努力。

### 黃召集人三桂

1. 本案原則尊重吳委員、陳委員與朱委員意見，同意牙醫全聯會意見，將指標名稱更改為「牙體復形同院所一年同一牙位再次填補率」與「牙體復形同院所二年同一牙位再次填補率」。
2. 林老師建議未來可以選擇其他有改善空間的品質指標，請牙醫全聯會卓參。
3. 有關指標監測值，暫不修訂。

(二)、案由：修訂「牙醫門診醫療服務審查執行會幹部自律管理要點」舊名稱及其相關內容修訂案。

### 黃召集人三桂

本案若牙醫全聯會無意見，依牙醫全聯會意見與健保局意見，修訂舊名稱與文字說明。

(三)、案由：有關新版醫令清單規定診療項目填報格式修訂案。

### 黃召集人三桂

本案為有關新版醫令清單規定診療項目填報格式修訂，請各位委員表達意見。

### 醫務管理組林科長寶鳳

1. 本局 100 年 11 月 30 日公告後，有醫療院所與資訊廠商對「手術費、麻醉費、侵入性處置…等」概括性的名詞，希望有較明確的操作型定義，因此，俟彙整各界意見後，會將適用之醫令章節與代碼，公告於本局網站，讓大家都具有辦理依據。

2. 有關適用該項規定之相關醫令章節，手術費在支付標準第二部第二章第七節；麻醉費在第二部第二章第十節；牙醫師所提局部麻醉費在第三部第十章，不在目前本局規定需填寫至時分之章節中。
3. 牙醫全聯會所提之開刀房手術醫令部分，在支付標準第三部第三章，亦不在本局擬公告適用的範圍內，若牙醫全聯會希望把第三部第三章一併納入，本局配合辦理。

### **陳委員彥廷**

牙醫手術醫令部分，請仍不納入適用範圍。

### **蔡委員淑鈴**

未來本局將採正面表列的方式，公告「手術費、麻醉費、侵入性處置…等」，那些醫令需要填寫年月日時分，包括西醫、牙醫與中醫寫，皆需依醫令要求填寫，實際申報。

### **朱委員益宏**

那 96 開頭的牙醫麻醉，是否也要填寫至時分？

### **吳委員成才**

請確認局部麻醉 96001C，不含在內。

### **醫務管理組李專門委員純馥**

96 開頭的牙醫局部麻醉在支付標準第三部牙醫專章，不用填寫至時分，但若牙醫有使用到支付標準第二部開刀房手術或麻醉，則需填寫至時分。

### **蔡委員淑鈴**

另外，如果牙醫特殊服務有採全身麻醉，是在第二部內，申報時也要填寫至時分。

### **黃召集人三桂**

有關「手術費、麻醉費、侵入性處置…等」醫令，請健保局採正面表列的方式，公告那些醫令需要填寫年月日時分，讓特約院所可以據以辦理申報。

(四)、案由：行政院衛生署中央健康保險局醫療費用申報格式將於7月1日更改為XML檔案格式相關事宜案。

**黃召集人三桂**

本案為健保局醫療費用申報格式，將於7月1日更改為XML檔案格式，請牙醫全聯會表示意見。

**陳委員彥廷**

本會原則配合，但申報方式改變，造成院所成本提高，而且牙醫院所較大的2家合作廠商，表示無法配合不收取費用。

**李委員懷德**

健保局所提部分廠商雖然提供此次版更不收取費用，但牙醫診所多覺得其服務較不符基層診所需求，所以多與另2家廠商合作。

**黃召集人三桂**

請健保局與資訊廠商再溝通協調，看是否能比照健保局所提部分廠商，如由資訊廠商透過與院所端之共同資訊平台進行版更，則不收取費用。

**朱委員益宏**

醫院也有版更的需求，可否亦請健保局協助與廠商溝通？

**黃召集人三桂**

本局公務預算年年均遭立法單位刪減，補助改版之費用，有實際困難，醫院部分，本局也會協助與資訊廠商再溝通協調。

(五)、案由：修訂牙醫相對合理門診點數給付原則案。

**黃召集人三桂**

本案為修訂「牙醫相對合理門診點數給付原則」，請牙醫全聯會補充說明。

## 翁委員德育

1. 各部門總額執行成果發表暨評核會議中，專家學者表示，牙醫門診總額之相對合理門診點數給付原則會降低醫療院所提供醫療服務意願，尤其在健保醫療需求高之區域，進而影響民眾之就醫可近性，使民眾滿意度調查時，民眾約診、就診困難度之滿意度偏低，因此，本會針對合理門診點數給付原則重新檢討，經過一年討論，才決定將醫師人口比由 1：4,500 調降為 1：3,000，影響之鄉鎮與醫師數已提供於今天的補充資料中。
2. 本會所計算的牙醫師數，是採用衛生署公告登記的執業牙醫師數，目前只公告至 99 年牙醫師數，所以是以 99 年牙醫師數與 100 年戶籍人口數進行預估。
3. 本次修訂之目的，是為了可以增進院所提供牙醫醫療服務的意願與誘因。

## 黃召集人三桂

請問目前為 1：4,500，排除的牙醫師有多少位？若調降為 1：3,000 後，會增加多少位排除的牙醫師？

## 翁委員德育

目前排除牙醫師約 668 位；依本會補充資料第 2 頁，調降為 1：3,000 後，預估增加 53 個鄉鎮與 891 位牙醫師。目前總牙醫師數為 1 萬多人，因此調降為 1：3,000 後，雖然排除總人數增為 1 千多人，但比例還是小；而且本會各分區委員已有共識，排除醫師增加後，其管控改變對各分區點值之影響，尚在合理可接受的範圍內。

## 陳委員彥廷

目前各分區之管控，除了合理門診量之管控外，另有依牙醫品質指標等進行管控，若醫師人口比調降為 1：3,000 後，該區院所可以依實際民眾需求提供醫療服務。

## 黃召集人三桂

請各位委員表示意見。

## 吳委員成才

請問全聯會，若醫師人口比調降為 1：3,000 後，對各分區之點值實際影響為何？

## 翁委員德育

本會試算調降後，影響比較大是北區，但是北區點值本來就比較高，因此影響不大。

## 朱委員益宏

1. 若是因各部門總額執行成果發表暨評核會議中，專家學者建議要修改合理門診量醫師人口比，那今年的評核會議，全聯會就表示提案討論，但健保局建議不宜放寬，即可說明。專家學者只是建議，但是健保局是執行單位，應以執行單位的考量為準。
2. 若合理門診量會導致民眾就醫不便，但牙醫門診總額執行概況報告滿意度調查中，平均等候時間 20.8 分鐘，中位數 15 分鐘，應屬合理，建議不需修改。

## 林委員文德

1. 從民眾的權益來思考，那些排除地區的醫師要服務更多人，服務量大不會被打折，是鼓勵那些比較少牙醫師服務的地區的牙醫師，要服務更多人，對民眾來說是好

的，要去鼓勵與肯定；有疑慮的部分是，放寬之後會導致點值下降，但牙醫全聯會表示點值影響不大，因此，如果這樣的政策對民眾就醫的可近性，是有正面的意義，而且近幾年民眾滿意度調查結果，約診不容易，若降低醫師人口比後可以提高可近性，本人持肯定態度。

2. 另請牙醫全聯會提供目前折付情形，讓大家瞭解是哪些地區服務量超過折付範圍，導致院所要減少服務，因此造成約診不容易，可以更具體呈現兩者之間的因果關係，讓大家更清楚放寬後，對民眾就醫是否有幫助。

### 翁委員德育

針對合理門診點數給付原則，各院所折付點數的資料，本會無資料，之前請健保局提供相關資料，因有誤植，所以看不出來；本會可以做的是，將院所分群組，那些群組就醫人數都在增加，就醫人數是增加在都會區外圍的鄉鎮市區，但那些區塊是要高額折付的地區，在考量點值壓力的情況下，本會採逐步鬆綁，本次調降為 1：3,000，是大家都可以接受的範圍。

### 朱委員益宏

1. 個人反對鬆綁，其他總額也都實施合理門診量，在總額支付制度執行有一致性。
2. 牙醫總額實施後，民眾滿意度調查結果，約診不容易，但若看議程第 26 頁，牙醫滿意度 85.8%，預約或就診不容易度，從 99 年的 18.3%，100 年也降為 15.6%，99 年到 100 年合理門診量並未放寬，因此個人認為，預約或就診容易與合理門診量並不一定相關。另外，民眾等候時間的中位數為 15 分鐘，大家也都認為可以

接受，目前並沒有必要修改合理門診量的鬆綁。

3. 合理量的鬆綁，是讓民眾看病更容易，但是台灣民眾看病太容易了，就醫太方便，醫師原本看 20-30 位，鬆綁後要看到 40-50 多位，最近大家也都在幫醫師爭取權益，在目前的氛圍下，不建議鬆綁，應該維持合理門診量，讓你的會員有比較好的看診品質，沒有誘因去看更多的病人，點值也能維持平穩，也不會影響滿意度，建議維持現況。

### 翁委員德育

1. 各總額皆有門診合理量，但牙醫門診總額除了人次的限制，還有所謂的相對合理門診點數給付原則，有兩道限制在管制。
2. 全國約診滿意度是有提升，但若以分區來看，就有問題，醫療需求高的地區，看起來是沒有提升的，所以此次修訂，是要解決這個區塊的問題，希望能提升其約診滿意度。
3. 另外，相對合理門診點數給付原則並沒有與品質掛鉤，我們不認為醫師提供高的服務量，會讓品質變差，因為在品質方面，有另外一套品質管理辦法，跟門診量不成正比關係。
4. 評核會的意見，是老百姓的意見，本會儘力配合辦理。

### 吳委員成才

1. 大家一直提到牙醫的點值不錯，但是我們還是不滿意，合理的點值應該是每點一元，這當中牙醫界也做了很多的努力，包括我們接受很嚴格的管控措施，所以希望點值還有調升的空間，而不是覺得點值不錯，可以放鬆，低一點無所謂。
2. 剛我有提問，試算的話，點值大概差多少，並沒有給我一個實際上的數字。

3. 當初談高額折付的時候，其影響面，的確有些醫師真的很賣力，患者很多，業績太高，但是被折下來了，但不能否認，另外有一些醫師，做得有一點浮濫，衝到 50 萬、60 萬、70 萬以上，只能用高額折付來處理，這部分放鬆的話，會鼓勵那群醫師再去衝量，會嚴重影響點值，因為沒有限制了，個人擔心試算的點值影響若未將這一部份納入考量，則跟實際的點值影響是不一樣，建議本項調整應該更慎重。

### 蔡委員淑鈴

委員對調整對點值的影響較有疑慮，建議下次由本局進行調整之財務評估報告，大家有充足的資訊後，會比較安心，本局會針對幾種調整的狀態進行試算，下一次提報。

### 朱委員益宏

合理門診量，不光從財務面去著手，就算計算出來對點值的影響不大，但是這也牽涉到每位醫師一個診，有多少能力看多少病人，如果學者專家都是站在民眾的角度，要去滿足民眾的需求，那我也拜託學者專家，替醫院想一想，民眾都往大的醫院去，你是不是要給大醫院更多的費用？民眾都往醫學中心的門診、急診去，是不是要滿足民眾，隨時來都給你看？台灣民眾每人每年門診就診 14 次，全世界大概第一高，民眾有這個需求是真的需求還是假的需求？尤其現在醫改會要求醫師要納入勞基法的時候，不要讓你的會員這麼辛苦，原本要看 20-30 個人，現在要看 40-50 個人，請全聯會再思考一下。

### 黃召集人三桂

各位委員已充份表達意見，本案暫不調整。

### (六)、修訂「全民健康保險山地離島醫療地區醫療給付效益提升計畫」。

#### 黃召集人三桂

本案為修訂「山地離島醫療地區醫療給付效益提升計畫」，針對健保局意見，請牙醫全聯會回應。



### 翁委員德育

1. 「山地離島醫療地區醫療給付效益提升計畫」(IDS)於 88 年訂定時，因牙醫已實施總額預算支付制度，中醫亦已研議規劃中，故本計畫不含牙醫及中醫，現在已有 4 個總額，該計畫自 88 年沿用至今，應該可以做個修訂，將牙醫及中醫納入。
2. 目前醫院牙醫碰到一個困難，IDS 都是醫院承包，部分醫院也有執行牙科醫療服務，理當應該報到 IDS 計畫裡面，但 IDS 申報不含牙醫，於是申報方式遇到問題。
3. 若 IDS 執行牙醫服務部分要納入醫缺申報，但醫缺計畫有規定，執業乙年以上者才能加入本計畫，與衛生署牙醫師獨立執業前二年訓練計畫中，要求須完成偏遠地區進行口腔健康促進活動 2 年 4 次有抵觸。

### 蔡委員淑鈴

本局刻正針對「山地離島醫療地區醫療給付效益提升計畫」進行檢討，未來將牙醫全聯會意見納入修訂考量，目前請仍依現行規定辦理。

### 黃召集人三桂

未來健保局修訂「全民健康保險山地離島醫療地區醫療給付效益提升計畫」，將考量將牙醫與中醫納入計畫服務範圍內。

## 附件 1

### 牙醫門診醫療服務審查執行會幹部自律管理要點

修訂條文	
一	為使 <u>牙醫門診醫療服務審查執行會</u> 於管理階層與被管理階層均能本持公平、公正、公開之精神，期平順執行相關業務，特訂定本要點。
二	本要點所稱之幹部人員係指中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下簡稱全聯會）之 <u>牙醫門診醫療服務審查執行會</u> （以下簡稱 <u>審查執行會</u> ）及其所屬六區 <u>審查分會</u> （以下簡稱分會）之委員暨執行事務之相關人員。
三	由全聯會 <u>審查執行會</u> 舉辦總額 <u>相關</u> 教育訓練課程。分會幹部人員（包含委員及各組成員等）應於聘任前修滿 <u>相關</u> 基礎課程學分方可上任，擔任主任委員、副主任委員、常務委員、執行長、審查醫師召集人、各組組長等職務者，需修滿總額 <u>相關</u> 基礎課程及進階課程學分方可上任。
四	幹部人員按全聯會 <u>審查執行會</u> 及其所屬 <u>審查分會</u> 分別設置，其遴選方式、員額及任期，依其組織章程辦理；有關其聘用與解聘依本要點執行之。
五	幹部人員應於聘任前填具「 <u>牙醫門診醫療服務審查執行會</u> 利益迴避告知書」（以下簡稱利益迴避告知書）兩份，一份由分會保存使用，一份由全聯會 <u>審查執行會</u> 保存使用。任期中若有狀況異動時，應於十五日內再行報備全聯會 <u>審查執行會</u> 。幹部人員應於利益迴避告知書詳細記載下列事項： （一）幹部人員本人所開設、服務或支援看診之院所。 （二）幹部人員之配偶或其三親等內血親、姻親所開設、服務醫療院所。 （三）幹部人員本人參與經營或看診之連鎖院所。 （四）其他依全民健康保險相關法規應行迴避之情事者。
六	分會之幹部名單應造冊送至全聯會 <u>審查執行會</u> 核備，並由全聯會 <u>審查執行會</u> 發給聘書，異動時亦同。
七	幹部人員受聘前一年內個人醫療費用單月申報額度進入該分區個人單月排行前 1%者，不予聘任，前述申報額度含部分負擔，且排除鼓勵項目同「全民健康保險醫療費用支付標準」第三部牙醫附表 3.3.3 之排除項目。或經 <u>行政院衛生署</u> 中央健康保險局（以下簡稱 <u>健保局</u> ）予以停止特約或終止特約者，六年內不得聘任，且有以上違規事項者受聘前六年內不得有 <u>健保局</u> 罰扣費用或違約計點以上處分，否則自新違規紀錄起六年內不得聘任。 註：幹部執業點為醫師人口比 1:4500 以上地區者，則排除於該分區個

	修訂條文
	人單月排行前 1% 之外，上述醫師係指 <b>健保局</b> 公告之「牙醫相對合理門診點數給付原則一之(二)不適用本原則折付方式之第 2 項條件之醫師名單」。
八	幹部人員有下列情事者，全聯會 <b>審查執行會</b> 將實施抽審或移地審查。 (一)幹部人員醫療行為模式異常，經全聯會 <b>審查執行會</b> 認定者。 (二)幹部人員執行業務濫用權力，進入行政及司法調查程序者。 (三)全聯會 <b>審查執行會</b> 幹部人員之專案抽審比對計劃。
九	幹部人員如有下列情事者，應暫停其職務三個月。 (一)幹部人員涉有違反幹部自律條款第十點相關規定，自開始接受調查之日起。 (二)幹部人員本身之醫療行為模式異常，並經分會提報全聯會 <b>審查執行會</b> 認定者。 (三)利益迴避告知書填具不實或未具實填寫者。 暫停期滿且上述原因消失後，得予恢復其原委員職務。
十	幹部人員有下列情形之一，經全聯會 <b>審查執行會</b> 認定者，應予解聘： (一)洩露 <b>審查執行會</b> 或分會業務機密者。 (二)有事實足以認定其執行業務濫用權力者或未經 <b>審查執行會</b> 及授權會議通過，擅自公開相關統計資料之任何引用及分析結果者。 (三)執行職務偏頗經通知改善仍不改善者。 (四)委員未能於事前辦妥請假並檢附相關證明文件，而無故不出席 <b>審查執行會</b> 會議，累計達三次者。 (五)有事實足以認定其執行職務違反全民健康保險法及其相關法令者。 (六)涉及第九點第二項暫停期滿後，再度適用該項規定者。 (七)幹部人員登記執業及支援之醫療機構違反全民健康保險法及其相關法令，經 <b>健保局</b> 予以停止特約或終止特約者。 (八)未依利益迴避原則執行職務且情節重大，或有包庇事實者。 (九)幹部人員申報個人醫療費用若進入該分區個人單月排行前 1% 者，前述申報額度含部分負擔，且排除鼓勵項目。排除鼓勵項目係指第七點所稱。
十一	本要點由全聯會公告，修正時亦同。