

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

第十三屆第十三次牙醫門診醫療服務花東區審查分會委員會會議紀錄

時間：一百一十二年十二月十六日(六)

記錄：鍾宜芬會務秘書

地點：花蓮力麗華美達安可酒店(花蓮市林森路 33 號)

主席：吳志浩主任委員

出席：吳志浩醫師、林鎰麟醫師、陳又嘉醫師、林隆益醫師、陳清家醫師、許堂錫醫師
郭文成醫師、林易超醫師、周 擎醫師、余政明醫師、林大慶醫師、鄭超仁醫師
龔逸明醫師、張家納醫師、林岳賢醫師

列席：徐正隆醫師、蕭正光醫師、楊 揮醫師、林聖夫醫師、陳孜鳴醫師、吳慶昇醫師
葉梓賢醫師、施皇仰醫師、林景澤醫師、邱德惠醫師、許正德醫師、邱宏正醫師
高岱伶醫師

請假：楊秉沅醫師、吳宏達醫師

一、通過上次會議記錄：通過

二、通過本次會議議程：通過

三、主席報告事項:詳現場簡報

(一) 花東區兩公會入會會員人數以 108 年 12 月為基準，111 年 11 月至 112 年 11 月會員人數表：

	108 年	110 年	111 年		112 年										
地區/月份	12 月	12 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月
花蓮	151	150	159	158	159	159	156	155	154	153	152	153	153	156	157
台東	67	68	69	69	67	67	67	68	67	67	67	67	67	68	69
花東區	218	219	228	227	226	226	223	223	221	220	219	220	220	224	226
花東院所數	119	113	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111
變動診所數	-	-6	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-8
變動人數	基準	1	10	9	8	8	5	5	3	2	1	2	2	6	8
成長率 (%)	基準	0.45 %	4.5 8%	4.1 2%	3.6 6%	3.6 6%	2.2 9%	2.2 9%	1.3 7%	2.29 %	0.45 %	2.29 %	2.2 9%	2.75 %	3.66 %

(二) 112 年牙醫門診總額總額結算方式：

牙醫門診總額各分區111年第1~4季點值及112年第1季

季別		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
111Q1	浮動點值	0.9613	1.0450	1.0114	1.0726	1.0280	1.2100	1.0048
	平均點值	0.9563	1.0341	1.0093	1.0663	1.0254	1.2020	1.0047
111Q2	浮動點值	1.0766	1.1581	1.0799	1.1291	1.0863	1.3585	1.0859
	平均點值	1.0529	1.1344	1.0731	1.1192	1.0799	1.3283	1.0856

季別		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
111Q3	浮動點值	0.9224	0.9800	1.0067	1.0559	1.0187	1.2049	1.0024
	平均點值	0.9527	1.0215	1.0132	1.0669	1.0252	1.2282	1.0024
111Q4	浮動點值	0.9676	1.0426	1.0263	1.0818	1.0513	1.2363	1.0121
	平均點值	0.9591	1.0276	1.0243	1.0771	1.0475	1.2281	1.0120
112Q1	浮動點值	0.9232	0.9911	1.0112	1.0281	1.0180	1.1345	0.9859
	平均點值	0.9325	1.0032	1.0125	1.0362	1.0212	1.1500	0.9860

四、會務報告：

1. 自 112 年度 11 月 8 起出席全聯會會議情形一覽表(截止 112 年度 12 月 10 日止)

日期	星期	事由	醫師姓名
112.11.08	三	第 15 屆第 3 次牙醫門診醫療服務審查執行會醫審室會議	吳慶昇
112.11.08	三	第 15 屆第 2 次牙醫門診醫療服務審查執行會國健署專案小組會議(視訊)	林大慶
112.11.08	三	第 15 屆第 3 次牙醫門診醫療服務審查執行會資訊室(視訊)	林隆益
112.11.08	三	健保署研商議事會議會前會	林鎰麟
112.11.08	三	第 15 屆第 3 次牙醫門診醫療服務審查執行會醫審室會議	邱德惠
112.11.11	六	醫牙共照專會議	林鎰麟
112.11.16	四	113 年健保癌症品質改善計畫修正線上會議	林鎰麟
112.11.21	二	112 年第 4 次研商議事會議	吳志浩 林鎰麟 陳清家
112.11.22	三	第 15 屆第 3 次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議	余政明
112.11.22	三	15 屆第 4 次牙醫門診醫療服務審查執行會企劃室暨品質室聯席會會議	吳志浩 吳慶昇
112.11.22	三	第 15 屆第 3 次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議	吳志浩 林鎰麟 郭文成 陳清家
112.11.22	三	第 15 屆第 2 次牙醫門診醫療服務審查執行會身障小組會會議	吳志浩 吳慶昇
112.12.05	二	112 年審查醫藥專家講習(補訓)	陳清家
112.12.06	三	第 15 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會超高齡社會口腔健康關懷小組會議	吳志浩 林鎰麟 張家納
112.12.06	三	第 15 屆第 4 次牙醫門診醫療服務審查執行會資訊室(視訊)	林隆益
112.12.06	三	第 15 屆第 3 次牙醫門診醫療服務審查執行會醫管室	龔逸明
112.12.10	日	第 14 屆牙醫門診醫療服務審查執行會幹部訓練基礎課程	余政明 吳宏達 吳志浩
112.12.10	日	第 14 屆牙醫門診醫療服務審查執行會幹部訓練基礎課程	吳慶昇 周擎 林大慶 林岳賢 林易超 林隆益 林鎰麟

112.12.10	日	第 14 屆牙醫門診醫療服務審查執行會幹部訓練基礎課程	邱德惠 張家納 許堂錫 郭文成 陳又嘉 陳孜鳴 陳清家 鄭超仁 龔逸明
-----------	---	-----------------------------	---

五、健保署東區業務組業務及社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會宣導事項：

★發文單位:社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

112 年 11 月 2 日牙全仁字第 00401 號

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署書函，修訂「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 112 年 12 月 1 日施行，詳如附件，敬請周知會員。

112.10.31 發布

中華民國牙醫師公會全國聯合會
公告
牙醫門診醫療服務審查執行會

主旨：公告修訂「審查注意事項」，自 **112.12.1 生效**，請週知會員。
修訂重點：

伍、牙周病：(101/2/1)

五(原四十八)、主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效：在進行牙周病緊急處置(91001C)以外之牙周病處置後，若欲再作進一步治療，除特定牙周保存治療(91015C、91016C **及 91091C**)及牙周病支持性治療(91018C)外，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過六個月。(100/5/1)(104/10/1)(112/12/1)

十二、申報 91090C (高風險疾病患者牙結石清除-全口)，須為腦血管疾病(中風、帕金森氏症等)、血液透析及腹膜透析(洗腎)、使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物(如附件)、惡性腫瘤患者，或身心障礙手冊障別程度為不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。(111/8/1)(112/12/1)

(請詳各花東牙醫師公會-LINE 群組)

★發文單位:社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

112 年 11 月 3 日牙全仁字第 00411 號

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署健保違規宣導案例，請周知會員正確申報健保費用，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部中央健康保險署 112 年 10 月 27 日健保企字 1120682630 號函

辦理。

- 二、健保署彙整近期查獲之健保違規案件案例，請周知會員應覈實申報醫療費用，切莫不實虛報，以免觸法。每季宣導案建置 VPN 健保資訊服務系統(路徑:VNP 畫面左方之服務項目>院所資料交換>院所交換檔案下載)，提供查閱參考。

(相關附件或點選上述路徑，請詳各花東牙醫師公會-LINE 群組)

★發文單位:社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

112 年 11 月 9 日牙全仁字第 00425 號

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署健保公告「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」，並溯自 112 年 1 月 1 日起生效，詳如說明段，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、檢送衛生福利部健保醫字第 112012230 號函，旨揭方案溯自 112 年 1 月 1 日起生效。
- 二、摘錄本次修訂重點為「第四修保留款之運用」：
 - (一)原第二項「鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。」，修訂後分為第二項「鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。」及第四項「鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。」
 - (二)新增第三項「鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務」。本項分配計算方式為每件醫療點數加計 20%，如保留款不足分配，則依獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

(相關附件，請詳各花東牙醫師公會-LINE 群組)

112 年第 2 次牙醫門診東區共管會議宣導事項

案由：全民健康保險門、住診醫療申報資料由 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 將轉版為 2023 年版，原訂 113 年 1 月 1 日上線延後至 114 年 1 月 1 日上線。

說明：

- 一、因應國際疾病分類版本更新，本署原規劃自 113 年 1 月 1 日將 全民健康保險門、住診醫療申報資料由 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 轉為 2023 年版，惟本次轉版修正範圍大，考量陸續有醫院反映準備不及並建議延後上線時間，為利轉版政策遂行，爰延至 114 年 1 月 1 日實施。
- 二、承上，為執行轉版各項工作，本署自 112 年起已委託台灣醫院協會協助健保業務文件之代碼轉換，並委由該會及中醫師公會全國聯合會於全台各醫療院所辦理教育訓練課程。另本署已分別於 112 年 7 月及 9 月將 2023 年版 ICD-10-CM/PCS 中文版、相關對應檔、涉及轉版之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準和各類專案計畫草案置於本署全球資訊網，並預計於 113 年 1 月前公布所有轉版文件草案。
- 三、敬請轉知會員提早因應準備。

案由：有關「健保卡資料上傳格式 2.0 作業(就醫識別碼)」，詳如說明，請宣導所屬會員知悉，以利後續辦理事宜。

說明：

- 一、延續上一年讀卡機控制軟體改版，持續推動就醫資料即時上傳，及整合各項串接以病人為中心的就醫資料，院所於今年年底前達到連續 7 天以 2.0 格式上傳能百分百等同 1.0 格式上傳內容，且於 VPN 提出申請參加「健保卡資料上傳格式 2.0 試辦計畫」獲得通過後，可獲得獎勵 10,000 點。惟必須持續以 2.0 上傳至明年 3 月 1 日者，方可獲得獎勵。

附表 1 112 年全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案提升院所智慧化資訊獎勵

項目代碼	項目名稱	獎勵點數	診所
A	符合醫療費用申報格式-部分負擔改版獎勵-門診	2,000	V
B	符合醫療費用申報格式-就醫識別碼改版獎勵-門診	2,000	V
G	符合門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵	2,000	V
H	符合健保卡上傳格式 2.0 改版獎勵	10,000	V
	總計	16,000	

- 二、另外符合部分負擔改版、門診申報格式改版、門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵，可各再獲獎勵 2,000 點(附表 1)，獎勵時間至 112 年 12 月 31 日。
- 三、目前本署委由各醫療院所所屬之資訊廠商協助，每日上午十時於本署全球資訊網公布最新階段名單，路徑：全球資訊網/健保 資料站/健保資料開放/健保開放資料/醫務管理/特約醫事機構 /112 年全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案_提升院所智慧化資訊獎勵_院所執行進度及符合獎勵名單。

案由：虛擬健保卡是本署重要政策，為方便民眾雙卡就醫，優先擴及 交通不便之 IDS 地區、遠距醫療及居家醫療場域，請鼓勵會員 參與計畫，提供雙卡看診服務，減少忘帶卡時補卡之交通往返。

說明：

- 一、虛擬健保卡運用在遠距醫療，透過在地端民眾出示虛擬卡，遠端會診醫院之醫師視訊刷卡即可完整了解病患就醫紀錄，讓會診建議更周全。
- 二、居家醫療團隊運用居家輕量藍牙 APP，搭配病患綁定虛擬健保卡，可以直接以醫療人員手機讀取虛擬健保卡，實現醫師一機在手即可居家看診。
- 三、在 IDS 地區偏遠鄉鎮，若診所可提供雙卡看診服務，民眾只要有智慧型手機，就可以解決民眾就醫忘帶卡補卡的來往奔波。
- 四、東區目前已有 18 家基層診所可提供虛擬健保卡看診服務。
- 五、**虛擬健保卡資訊技術說明及相關宣導素材，置於本署官方網站 首頁>重要政策>虛擬健保卡專區。**

案由：本署為推動檢驗(查)有申報應上傳，請牙醫師公會全聯會協助 宣導「檢驗(查)有申報應上傳」政策，請轉知會員加強即時上傳。

說明：

- 一、即時上傳法源依據：衛生福利部業於 112 年 1 月 4 日公告生效「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」部分條文 修正案，相關辦法本署於 112 年 3 月 21 日健保醫字第 1120661071 號及健保醫字第 1120661229 號書函(諒達)，應上傳之檢驗(查)、醫療影像項目，於公告應上傳項目前，請仍採鼓勵上傳結果，不得逕予不給付醫療費用，及不逕以全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予違約處理。(一)經輔導後仍未上傳資料且無法提出已完成檢驗(查)事實之相關佐證資料案件。(二)經民眾檢舉疑似虛報案件。
- 二、VPN 院所管理報表：(一)本署於 112 年 5 月 15 日起 VPN 新增檢驗(查)上傳明細及有申報醫療費用未上傳案件明細。(二)本案操作步驟及下載路徑，供院所了解上傳情形，以便及時改善(詳附件)。
- 三、彙整牙科 X 光醫令代碼上傳檢驗(查)結果之項目，如下表：

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
6	34004C*	齒顎全景 X 光片攝影	無報告有影像	5
37	01271C*	環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	5
50	01272C*	年度初診 X 光檢查	無報告有影像	20
51	01273C*	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	20
52	00315C*	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	5
53	00316C*	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查	無報告有影像	20
54	00317C*	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	20

★牙醫師申請資格必須受相關的教育訓練，但口外、口病、特照專科醫師，及教學醫院牙科醫師除外。

(2)牙統113年起六區的預算，取消採計執行率，回歸以R值分配六區牙統預算。

(3)在東區處於高點值的情況下，請花東的會員醫師對執行率未達標的醫療項目，依患者臨床之所需，提供給保險人足夠的醫療服務。

★（如：牙統，P7101C, P7102C, P7301C, P7302C, P7303C, 91090C, 91089C...）

工作組及委員會余政明醫師報告：

討論有關修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，建議抽訪比例納入新特約所訪查家數，方案宣導教育之修改，依現行實務並未每年再版製作「手冊」，建議酌修方案文字；不合格之修文新增「外展點書以書審為主，必要時得以實訪」，另建議執業計畫之外展點併同列入外展點4%抽查，以上以健保署公告為準。

2. 醫管組龔逸明醫師報告：

(1)目前討論矯正拔牙分析專案，東區院所未發現異常值，持續監測數據與觀察。

(2)另討論89013C與其他支付代碼之0D併報情形尚未成案。

3. 審查組長吳慶昇醫師報告：

(1)討論有關於健保醫療資訊雲端查詢系統及健保卡申請不揭露愛滋就醫相關醫療資訊之情事。

(2)有更新版的口乾症衛教單和高齲齒率患者已接受塗氟及口腔衛教資訊確認單，請花東會員醫師，留意牙醫全聯會的正式公告。

4. 企劃室、品質室、研發室吳慶昇醫師報告：

(1)東區多項醫療服務品質滿意度表現皆為六分區最低，其中"醫護人員有進行衛教指導比例"僅45.1%，請牙醫部門瞭解原因，並協助東區改善。

(2)南區及東區專業審查不合理件數占率，較其他分區高，不合理原因為"不符同儕共識"，請加強協助審查醫藥專家，建立審查共識。

(3)請花東分會，填寫（111年度執行成果評核，對牙醫門診總額之建議）回覆牙醫全聯會。

5. 身障小組吳慶昇醫師報告：

(1)110年協定事項新增(牙醫特定身心障礙者社區醫療網)歷經3年仍未實施，建議自本計畫執行內容中刪除。

(2)113年的身心障礙課程主體為"重要器官失去功能者口腔照護及居家牙醫醫療服務"向衛生福利部提出計畫申請。

6. 審查召集人邱德惠醫師報告：

(1) 113年度東區牙醫門診總額抽審原則，新增列排除四項目

①91015C、91016C、91091C

②92161B（唾液腺摘除術）

③P7302C（齲齒經驗之高風險患者氟化物治療）

④P7303C（超音波根管洗）

★ 將自113年1月起開始實施。

(2)（91017C）懷孕婦女牙結石清除-全口、（91018C）牙周病支持性治療支付項目內容及病歷範本，將刊登於本會網站及牙醫界供會員使用

(3)有關修訂高齲齒率患者塗氟衛教單、口乾症塗氟衛教單刊登於本會網站及牙醫界供會員使用

7. 醫缺小組林岳賢醫師報告：

(1)今年執行率預估僅達8成多，剩半個月執行時間，請盡力提供服務量能。

(2)113年牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案經費成長3000萬，請盡力提供醫不足地區醫療服務。

(3)全聯會依據方案中巡迴計畫之品質獎勵費用調查各公會固定式診療椅，兩公會都已於期限內完成回覆。

8. 國健小組林大慶醫師報告：

(1)112年1-8月與去年同期比較兒童牙齒塗氟保健服務（81、87、88、89），國小學童白齒窩溝封填保健服務（8A-8H）及口腔黏膜篩檢（95）等，執行成長率各分區目前沒有異常，請會員醫師持續執行。

(2)113年度兒童塗氟品質監測評估表，沿用112年不予修正。

(3)0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫執行於今年年底止。

(4)12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，研擬提升執行率，於15-3工作組報告青少年齲齒氟化物治療（P7102C）診斷照片臨床上可能無法完全清楚成像呈現時，請審查端不要誤刪；113年度新增加X光片做為診斷依據，請六分區多加宣導。

(5)有關窩溝封填執行效益評估分析案，一、資料分析邏輯需求單以「執行窩溝封填後2年內OD填補比率」進行資料分析。二、OD填補的追蹤建議採「同病人同牙位」的方式統計顆數或以醫令數進行顆數統計，提請資訊室分析並提供分析建議。

9. 超高齡小組張家納醫師報告：

(1)特定疾病病人牙科就醫安全計劃：針對九大類疾病病患用藥後牙科就醫時的處置，給予給付。

(2)促進口腔黏膜健康照護，擬訂新增支付項目。

10. 資訊組林聖夫醫師報告：請會員醫師依病人需求積極提供醫療服務。

七、前次會議決議事項辦理情形：

會議日期	項目及案由	決議事項	相關辦理情形	追蹤建議	
1100815	有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務提送外展點感染管制書面評核資料者，因總署健保資訊網VPN尚未開通根本無法上傳，提請討論。	可否建請衛生福利部中央健康保險署東區業務組延長上傳時間。	1.待健保署回應。 2.依據110年第2研商議事會議紀錄決議， <u>有關疫情期間外展點牙醫服務感染管制評核方式，同意暫緩執行，惟為確保外展點感染管制品質，請牙全會研議相關配套措施。</u> 3.外展感控 SOP 書審需要在明年度12月底完成，於112年2月28日健保署開通VPN系統後開始上傳。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
1111016	有關牙醫門診醫療服務花東區審查分會目前財務狀況，詳如說明。	中華民國111年9月15日牙醫門診醫療服務花東區審查分會財務委員對帳單，通過	已對帳日期： 1.111.11.11 2.112.01.13 3.112.03.21 4.112.05.25 5.112.07.11 6.112.09.27 7.112.12.04	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
1111211	有關112年度委員會會議召開時程，提請討論。	112年度分會開會時程： 5.112.10.15(日) 6.下次12.16(六)	1.委員幹部依上述時間預留時間出席。 2.提案六討論113年開會時程。	管 ☒ 解除列	管 ☐ 繼續列
1120625	有關修訂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，敬請討論。	通過，提至牙醫全聯會工作組提案。	1牙醫全聯會工作組及委員會會議通過，提送112-3研商議事會議。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
1121029	有關修訂113年東區牙醫門診總額抽審原則，提請討論。	通過後提113年度牙醫門診總額東區共管會議提案，依辦法辦理，通過。	已於112年第2次牙醫共管會議提案並通過。	管 ☐ 解除列	管 ☒ 繼續列
1121029	有關本會第十四屆委員及幹部及顧問名單，請追認。	通過。	請委員參加112年12月10日全聯會召開的「牙醫門診醫療服務六區審查分會幹部訓練基礎課程」。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

八、討論提案：

提案一、

提案人：主任委員吳志浩醫師

案由：報告分會112年9月28日至112年12月4日帳務情形報告，請審核。

說明：請詳現場財務分析報告。

決議：通過。

提案二、

提案人：主任委員吳志浩醫師

案由：為提升高風險患者口腔照護率相關溝通宣導事宜，提請討論。

說明：

- 一、有關高風險患者口腔照護 111 年新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」、112 年新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」(支付標準內容(詳附件一紀錄 P. 14)執行率皆偏低。
- 二、為提升高風險疾病患者口腔照護率，鑒請健保署提供 111 年至 112 年 7 月「牙醫院所接受牙結石清除患者(91004C)中符合高風險疾病患者大於 20 人(含)，且占該院所牙結石清除(91004C)人數之 10%(含)以上」之院所名單。
- 三、其高風險疾病患者符合診療項目申報規範者，請院所提供上述醫療服務，加強高風險疾病患者口腔照護頻率並提醒病患定期回診接受口腔照護。

決議：請兩公會輔導申報 91004C 院所，如病患為高風險疾病患者可申報為 91090C，並請在會員大會中再次宣導，提高該項日照護率。

提案三、

提案人：主任委員吳志浩醫師

案由：有關提供牙醫門診總額 111 年執行成果建議之因應及回應內容，提請討論。

說明：

- 一、依據牙醫全聯會第 15 屆第 4 次企劃室、醫療品質室暨研發室聯席會會議決議辦理。
- 二、有關評核委員對牙醫門診總額 111 年執行成果之建議內容，希望匯整各方的意見提列會議共同進行討論，檢附「評核委員對牙醫門診總額之建議內容」(詳附件二-紀錄 P. 15-23)，建請提供相關領域的因應及回應內容。

決議：請花東兩執行長各自匯整花東意見後回覆。

提案四、

提案人：主任委員吳志浩醫師

案由：如何提升東區服務量能，提請討論。

說明：

- 一、建議針對新項目的宣導及各別對會員醫師的輔導、提供海報張貼、辦理說明會、通訊軟體群組內圖文宣導。
- 二、建議可增加院所行政人力讓醫療行政流程更有效率，提高對新項目的執行。
- 三、「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」中，同意增加保留款運用於「鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務」，持續追蹤假日開診院所數並是否達鼓勵效果，提升假日看診民眾可近性，提高服務量能。

決議：集思廣益，會議後持續追蹤討論。

提案五、

提案人：主任委員吳志浩醫師

案由：112 年東區審查醫師人員更替案:劉○○醫師請辭，花蓮的審查醫師缺額，由葉○○醫師替補。

說明：

- 一、112 年的審查醫師名單如下：陳○○醫師，吳○○醫師，陳○○醫師，邱○○醫師，徐○○醫師，楊○○醫師，劉○○醫師，蕭○○醫師。候補審查醫師：葉○○醫師、黃○○醫師、施○○醫師、邱○○醫師。
- 二、劉○○醫師因個人因素，向審查分會請辭，花蓮的審查醫師缺額，由葉○○醫師替補。

決議：通過，依行政流程辦理。

提案六、

提案人：主任委員吳志浩醫師

案由:有關 113 年度委員會會議召開時程，提請討論。

說明：

- 一、配合全聯會總額 113 年度 1-12 月開會時程，擬定會議時間暫定如下：

次數	1	2	3	4	5	6
會議日期	113. 3. 16 (六)	113. 4. 21 (日)	113. 6. 23 (日)	113. 8. 25 (日)	113. 10. 20 (日)	113. 12. 15 (日)

- 二、請各委員預留上述會議時間，以利會議順利召開，如遇特殊狀況須變更會

議日期時，將儘速通知委員。

決議:請委員幹部依上述時間預留時間出席。

九、臨時動議：無

十、第十四屆東區審查分會正副主委交接儀式，主委由花蓮縣牙醫師公會余政明醫師接任，副主委由台東縣牙醫師公會吳慶昇醫師接任。

十一、散會。時間：下午 17:52

會議聯署人：林大慶醫師、林隆益醫師

下次會議時間：113 年 3 月 16 日(六) 台東

高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風

患者氟化物治療(P7302C)支付標準表項目

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 高風險疾病患者包含： (1)腦血管疾病患者。 (2)血液透析及腹膜透析患者。 (3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (4)惡性腫瘤患者。 (5)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	V	V	V	V
P7302C	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 Topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。 齲齒經驗之高風險患者包含： (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)腦血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數含材料費。 4.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7301C。	V	V	V	V

醫師：_____（單位：_____）

評核委員建議內容	因應及回應內容
評核重點建議 一、肯定牙醫部門對於提升國人自然牙保存之努力，建議往「8020」的目標持續推進 (一)牙醫門診總額開辦 25 年來，已逐步將服務項目擴及具預防保健性質之照護內容，並朝提升自然牙保存之前瞻性目標努力，值得敬佩。為早日達成此目標，建議牙醫部門與衛福部口腔健康司及國民健康署之口腔衛生政策及計畫密切配合，並結合政府部門(不限衛生單位)及民間團體力量，善用公務預算與民間資源，以產生綜效。 (二)為利達成自然牙保存目標，建議分析次族群、找出風險因子，及加強結果面成效評估與資料蒐集： 1.肯定牙醫部門分析各年齡層「就醫率」，有助於找出風險因子及改善方向，請持續努力。另建議加強結果面(outcome-oriented)成效評估及資料蒐集，例如：各年齡層「平均每人拔牙顆數」、「平均每人保存牙齒顆數」。 2.目前結果面之品質成效多仰賴政府調查結果，尚無法即時回應近年健保總額執行成效，建議規劃結果導向(outcome-oriented)相關指標(如：牙周囊袋深度)，並與健保署合作，透過健保 VPN 上傳機制，建立常規之牙醫醫療品質資料庫。 3.建議牙醫部門敦請衛福部新成立之口腔健康司，規劃及執行新的口腔健康調查，並定期(如 4~6 年)公布各年齡層口腔健康調查結果，以利各界瞭解國人最新口腔健康狀況。	
二、因應高齡化社會牙醫門診總額面臨之挑戰 (一)牙醫部門近年為保存國人自然牙，採取策略為提升各年齡層就醫率，除面臨就醫率不易提升之挑戰外，亦隱含論量計酬思維，未必能達到提升口腔健康之目標。建議牙醫部門儘早朝論人計酬方向規劃支付制度，同時建立口腔健康風險評估模式，以提供民眾全人健康照護。 (二)因應高齡化社會衍生失能與障礙人口增加問題，除持續健全醫療院所無障礙設施及服務外，建議即早完善相關因應措施，包含提升急重症、高齡及失能相關照護服務(如：在宅醫療、吞嚥治療、病人躺臥移位輔具等)，及其支付方式之規劃。	
三、宜關注牙醫醫療資源分布公平性 (一)牙醫部門醫療服務供給仍集中於都會區，111 年「鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比」差距高達 14.43 倍，較西醫基層及中醫門診高出甚多，醫療資源分布不均，仍有努力改善空間。	

評核委員建議內容	因應及回應內容
(二)針對偏鄉及弱勢族群服務(如：醫療資源不足地區改善方案及特殊醫療服務計畫)，各分區及鄉鎮之服務提供仍存在差異，建議即早規劃牙醫師人力因應策略，針對需求較高地區或群體，加強鼓勵牙醫師提供服務。	
四、建議檢討新增協商因素項目之必要性及執行效益，並以人為中心重新整合各項專款項目 (一)在健保總額資源有限之情況下，新增協商因素項目應先評估其必要性後再審慎提出，並研提結果面之評估指標。 (二)考量新增項目之醫療利用尚不穩定，建議先以專款項目試行，待執行穩定並具有成效後，再移入一般服務。針對既有專款項目，亦應持續評估成效，檢討納入一般服務或退場。 (三)牙醫門診總額專款項目數自 108 年起持續增加，然新增項目之院所參與比率、預算執行率與執行效益均有待提升。建議牙醫部門於提出專款項目前，應先凝聚共識，審慎評估需求及方案可行性，再與健保署及院所溝通執行方案，減少提出無具體效益項目。 (四)牙醫部門現行專款項目，針對民眾不同屬性(年齡、疾病、牙齒狀況)，分別提供特定照護。然同一群民眾可能同時符合不同專款適用對象，而不同專款間又存在互斥或重複之支付項目，致使申報方式複雜，醫療服務提供者與民眾均不易瞭解與依循。建議以人為中心，重新檢視與整合各專款項目，減少其重疊性。	
五、年度重點項目、績效指標及其目標值設定 各項年度重點項目請務必納入結果面指標，其目標值設定應更具積極性及挑戰性。111 年 2 項年度重點項目(正向指標)績效指標之目標值設定，均採「最近 3 年全國平均值*(1-10%)」，為經驗值之 9 成，過於寬鬆且缺乏挑戰性，應重新訂定合理目標值。	
六、民眾就醫權益調查 (一)111 年「醫護人員有進行衛教指導比率」降低，建議牙醫部門加強病人衛教指導，並請健保署研議透過健康存摺增進民眾健康識能，及自我健康管理能力。 (二)111 年「民眾有自付費用比率」為近 5 年最高，民眾平均自付費用(排除極端值)為 23,629 元，自費金額之平均值、中位數及標準差均增加，代表民眾整體自費負擔加重，建議持續監測不同自費項目之市場變化。 (三)111 年週六、週日開診家數及開診率均下降，且開診率為四部門中最低。「若假日有緊急需求無法就近找到其他院所就診比率」達 33.8%，「會因找不到其他院所就診感到不便比率」達 70.8%，顯示民眾假日就醫需求未能被滿足。建議以多元方式(如：休診院所門口公告、官網、社群媒體及電話語音宣導)加強宣導假日開診院所資訊。另建議監測假日牙醫急症處置申報人次占假日服務總人次之比率，以瞭解民眾實際需求。	

評核委員建議內容	因應及回應內容
七、專業醫療服務品質指標 (一)牙醫部門所提醫療服務品質指標具鑑別度，值得肯定。 (二)建議依指標監測值之表現，定期修訂指標參考值，以避免指標鈍化。 (三)建議加強異常值管理，各項指標監測值，除平均值外，建議健保署一併呈現標準差、最小值、最大值，俾針對異常值加強管理。	
八、牙周病統合治療 除「牙周病統合治療第三階段完成率」指標外，建議納入結果面指標，如：牙齒保存率(正向指標)、拔牙率(負向指標)、牙周囊袋深度改善情形等，並比較完成、未完成及未參加牙周病統合治療等不同族群間之治療差異，以評估執行成效。	
評核建議 一、年度重點項目執行成果與未來規劃 (一)年度重點項目—國人牙周現況改善情形 - 善用 Line、Messenger 等社群軟體與病人溝通，並透過刷牙後打卡等趣味集點遊戲強化互動，增進民眾口腔保健知能，創意值得肯定。 - 有關國人牙周現況改善情形，建議訂定長期監測之結果面指標，如：牙齒保存率(正向指標)、拔牙率(負向指標)、牙周囊袋深度變化、牙菌斑指數變化等，並呈現監測結果，以利瞭解改善情形。 111 年牙周病統合治療第三階段完成率为 63.5%，照護完成率偏低，疫情趨緩後，宜以 108 年照護完成率(81.5%)為努力目標。並建議針對第三階段完成率降低之原因(如：病人自覺症狀改善、時間無法配合等)，研議適當因應策略，以提升照護完成率。 - 牙醫部門每年進行有無完成牙周病統合第三階段治療病人 1 年後平均拔牙顆數之個案對照研究，值得肯定。建議進一步運用統計分析探討 variation(變異數)、significance(顯著差異)，及其他可能影響因素，以利瞭解病人治療結果之差異。 - 現行有執行牙周病統合治療院所數及牙醫師數占率均接近 5 成，建議探討參加與未參加牙周病統合治療病人之治療結果，及未參加病人之自費情形及管理方式。 112 年新增項目「特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆」，建議分析全口總齒數 1~3 顆病人，是否屬自我照護能力弱勢、特殊需求族群、照護機構住民等，以評估如何針對此族群提供更全面之照護服務。	
(二)年度重點項目—青少年口腔照護改善狀況 - 有關績效指標之設定，111 年績效指標「年度 12~18 歲青少年就醫率」(正向指標)為 48.25%，大於目標值(42.97%)，惟 108~110 年就醫率均已大於目標值，目標值設定過於保守，且有就醫不等同有治療效果，建議績效指標可採參加「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」者追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標。 12~18 歲青少年處於求學階段，提升就醫率有難度，須結合多方資源，	

評核委員建議內容	因應及回應內容
界定適當之照護介入場域及途徑，例如：由學校定期辦理口腔健康檢查，若需治療再轉介健保醫療照護。 3.我國 109 年 12 歲兒童之恆齒齲蝕指數(DMFT)為 2.01 顆，距 WHO 目標(<1 顆)仍有努力空間，請持續精進。另 12 歲人口就醫率自 108 年起持續下降，建議瞭解原因。 4.牙醫部門所訂中期目標為「增加青少年恆齒保存率」，建議明訂中期之期程，並將該指標納入衛福部口腔健康調查內容，以利蒐集資料。亦可參考現有口腔健康調查內容，改以「降低青少年恆齒齲蝕指數(DMFT)」為目標。	
二、一般服務項目執行績效 (一)就 110 年執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 對評核委員之多數意見皆有提出具體改善行動及回應，惟針對部分建議可再強化說明，如：具預防保健性質之專款預算投入合理性、年度重點項目績效指標目標值設定過於寬鬆等。	
(二)維護保險對象就醫權益 1.醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施： (1)「醫療結果滿意度」雖較 110 年略降，但仍維持一定水準。 (2)「醫師會與病人共同討論照護或治療方式的比例」為 88.3%，較 110 年(92.1%)明顯下降，宜檢討及改進。 (3)「醫護人員有進行衛教指導比率」為 81.5%，較 110 年(85.6%)下降： ①建議先探討牙醫照護流程及方式，釐清牙醫師與民眾對於有無衛教之認知是否一致，並確認是否需修正問項，再解讀數據變化、分析原因及研議改善策略。 ②牙醫部門表示受疫情影響，配戴 N95 口罩會影響衛教時間及清晰度。建議牙醫部門於疫情趨緩後，積極加以改善。 (4)東區多項醫療服務品質滿意度表現皆為六分區最低，其中「醫護人員有進行衛教指導比率」僅 45.1%，請牙醫部門瞭解原因，並協助東區改善。	
2.民眾付費情形及改善措施： 民眾自費前 3 名均屬健保不給付項目(「裝置假牙」、「植牙」、「牙齒矯正」)，惟民眾整體自費負擔確實有增加，請持續監測不同自費項目之市場變化，並瞭解「醫療用之材料或耗材費用」、「牙體復形(補牙)」、「根管治療」、「牙周病治療」等項目之自費原因。	
3.就醫可近性與及時性之改善措施： (1)111 年醫療資源不足地區就醫率(31.92%)、山地離島地區就醫率(41.1%)與一般地區就醫率(46.46%)差距未有縮小，尚有努力改善空間。 (2)牙醫部門所提醫療供給面改善措施之一，係透過特定用途移撥款支應「牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，以保障特定	

評核委員建議內容	因應及回應內容
鄉鎮之點值，建議除保障點值外，可再提出更有效之改善策略。 (3)肯定牙醫部門募捐固定式診療椅及攜帶式診療設備，供醫療資源不足地區巡迴醫療及居家醫療服務使用。惟牙醫部門 111 年「具備無障礙通道比率」(40.1%)較 110 年(41.8%)下降，且「具備無障礙廁所比率」僅 17.4%，為近 4 年最低，建議積極改善。	
4.民眾諮詢及抱怨處理： 111 年民眾申訴案件(141 件)較 110 年(149 件)減少，惟「疑有虛報醫療費用」及「其他醫療行政或違規事項」件數偏高，請牙醫部門加強自主管理。	
(三)專業醫療服務品質之確保與提升 1.專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施： (1)專業醫療服務品質指標監測結果多落在監測範圍(參考值)內，惟部分指標監測值與參考值差距過大，如：「牙體復形同牙位再補率-1 年以內」，近 5 年監測值皆小於 0.01%，然參考值訂為小於 2.5%，似已失去監測意義，建議修改指標或修訂參考值。 (2)醫療服務品質指標宜增加整體性之結果面指標，如：牙周囊袋深度、恆齒齲蝕指數(DMFT)。 (3)建議分析牙醫部門屬預防保健及早期治療之醫療費用點數，與其他項目醫療費用點數之消長，以瞭解牙醫部門早期介入照護之成效。	
2.品質保證保留款(簡稱品保款)實施方案執行結果： (1)110 年品保款之核發院所家數占 88.5%，核發金額前 20%院所領取品保款占總金額之 63.5%，指標表現達滿分院所占率約 2%，核發指標及費用分布具鑑別度，可達到激勵院所提升醫療品質之目的，值得肯定。 (2)牙醫部門將「每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」納入獎勵指標(核算基礎 3%)，以積極提升假日開診，值得肯定。另建議將醫療資源不足地區及牙醫特殊醫療服務之照護成效納入政策獎勵指標，以提升偏鄉弱勢族群之照護。 3.其他改善專業醫療服務品質具體措施： 牙醫部門分別從學理面及政策面建立各項提升醫療服務品質之規範、監控、審查及輔導措施，值得肯定。	
(四)協商因素項目之執行情形 1.111 年新增項目執行情形： (1)高風險疾病口腔照護： ①111 年預算執行率偏低(0.9%)，其服務人數目標達成率 4.4%(目標 27 萬人)，且「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(91090C)利用率僅 0.7%，建議檢討原因，如：病人需求、申報誘因及執行效益不足等，並審慎評估執行必要性。 ②本項新增支付項目與一般服務既有的牙結石清除支付項目類似，	

評核委員建議內容	因應及回應內容
107~111 年高風險病人利用既有支付項目「牙結石清除-全口」(91004C)之利用率平穩(介於 18.8%~20.0%)，顯示本項新增項目「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(91090C)利用率偏低，無法完全歸因於疫情，宜考量是否既有照護內容及頻率已能滿足民眾需求。 ③建議牙醫部門和第 1 線執行院所妥善溝通，由下到上(Bottom-Up)蒐集意見並凝聚共識，研議具體可行之執行方案。	
(2)提升假日就醫可近性： ①111 年預算執行率 64.9%，「週日及國定假日牙醫門診急症處置」(92094C)、「牙醫急症處置」(92093B)服務人次，均較 110 年降低，另「牙齒外傷急症處理」(92096C)僅服務 873 人次，在健保資源有限之情形下，宜審慎考量預算投入效益。 ②建議監測「假日就醫急症處置相關代碼申報人次占假日就醫服務總人次比率」，若提供急症處置比率太低，宜加強管理，以符合提升假日就醫預算投入之目的。 ③牙醫部門書面報告「維護保險對象就醫權益」內容呈現「111 年週六、週日開診家數較 108 年均減少」，然「協商因素項目執行情形」內容卻呈現「111 年全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加」，前後數據似有不符，是否因資料計算邏輯不同所致，建議於報告中載明計算方式及差異。	
(3)其他醫療服務利用及密集度之改變： 111 年「其他醫療服務利用及密集度之改變」預算用於支應「複合體充填」(89013C)申報費用，其預算執行率高達 132.8%，請審視原因及申報之合理性。	
(4)109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款： ①牙醫多為侵入性治療，近年全面提升感染管制品質執行率已近 100%，值得肯定。惟 111 年尚有 1%院所未申報加強感染管制診察費，4%院所訪查不合格，1%院所複查後仍不合格，宜研擬輔導及改善策略。 ②建議未來所有牙醫院所申報門診診察費均需符合加強感染管制標準，即現行一般門診診察費可停止適用，以敦促所有院所落實加強感染管制。	
2.延續項目之執行情形： 107~111 年協商因素涉及支付標準調整項目執行率均偏低，宜檢討原因。	
3.112 年新增項目「顱顎關節相關支付項目」及「複雜型顱顎障礙症治療及追蹤」均為支應既有支付項目不足之費用，宜分析費用成長原因，並建議加強審查申報合理性。未來提出協商因素項目時，亦應審慎估算服務量及預算數。	

評核委員建議內容	因應及回應內容
(五)總額之管理與執行績效 1.醫療利用及費用管控情形： (1)111 年就醫件數、就醫人數、就醫率及平均每人就醫次數均低於 108 年，惟就醫點數、平均每次就醫費用及平均每人就醫費用均高於 108 年，顯示就醫費用單價增加，建議探究其原因。 (2)門診分項費用中，111 年藥事服務費及特材材料費均較 108 年成長幅度大，建議分析影響因素，如：有無給付項目及支付標準大幅改變等情形。	
2.地區預算分配(含特定用途移撥款)之執行與管理： (1)牙醫部門為四部門中地區預算最早達到 100%以 R 值分配目標的部門，值得肯定。 (2)建議以鄉鎮市區為單位分析醫療資源配置狀況，以瞭解同一分區內醫療資源之分配均衡性。 (3)有關特定用途移撥款，移撥經費用途之一為「該區人口就醫率全國最高二區之保障款」，宜再斟酌是否妥適。另建議以「民眾健康風險」作為分配特定用途移撥款之參據。	
3.專業審查及其他管理措施： (1)牙醫部門隨機抽審核減未設定回推上限值，可避免院所僥倖心態，及劣幣驅逐良幣問題，值得讚許。且初核、申復及爭議審議核檢率差距不大，顯示牙醫部門審查具相當嚴謹度。 (2)111 年醫院爭議審議案件數(254 件)大於基層診所(61 件)，建議提供爭議審議駁回案件樣態供院所參考，以減少爭議審議案件之提出。 (3)牙醫部門報告呈現 111 年爭議審議駁回率為 71.7%，係以受理件數(315 件)為分母計算所得，惟若依報告所列計算公式，分母是以審議件數(233 件)計算，實際駁回率應為 97%，請釐清駁回率正確計算公式為何。 (4)六分區中，南區及東區專業審查不合理件數占率較其他分區高，不合理原因為「不符同儕共識」，請加強協助審查醫藥專家建立審查共識。	
4.院所違規情形及醫療機構輔導： 違規扣款類型以總額舉發所占金額較高，可見牙醫部門內部管控用心，請繼續保持。	
三、專款項目執行成果 (一)建議牙醫服務提供之設計，宜回歸「以人為中心」整合照護之精神 1.近年新增專款項目(0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫)之預算執行率均偏低，且提供照護內容零碎、片段化，宜設法整合及改善。 2.建議牙醫部門與衛福部相關司署(如：口腔健康司、國民健康署)合作，	

評核委員建議內容	因應及回應內容
結合其他資源及照護團隊研擬整合性照護計畫，例如：透過口腔檢查及調查找出潛在的照護對象，再轉由健保提供醫療服務，以提升治療效益。 3.期許牙醫師同時扮演預防及治療之家庭牙醫師角色，逐步朝論人計酬方向規劃支付制度。	
(二)醫療資源不足地區改善方案 1.111 年預算執行率、無牙醫鄉減少數、執業計畫服務天數及人次均為近 5 年最低，期盼疫情趨緩後，持續研議鼓勵牙醫師執業之策略。另六分區之執業計畫、巡迴計畫、醫療站服務天數差距大，亦請分析可能原因(如：牙醫師因素、天候、當地人口變化、地理因素等)，俾研訂改善方針。 2.執業計畫目標之一「較 91 年度減少 37 個無牙醫鄉」，此目標已多年未修訂，建議重新檢討計畫目標及持續提升目標值，並可考量以「牙醫醫療資源不足地區數」設定計畫目標值。 3.建議呈現不同等級醫療資源缺乏地區之平均每萬人口牙醫師數、平均每人就醫次數等資料，以評估醫療資源不足地區就醫公平性之改善情形。 4.本方案醫療團得同時提供牙醫特殊醫療服務計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務，請說明實務上如何整合，如：執行方式、費用支付方式、績效歸屬等。	
(三)牙醫特殊醫療服務計畫 1.近年本計畫服務對象之類別及障礙別逐步擴增，建議分析每年新增服務人口之相關資料，如：類別、障礙別等，以瞭解主要照護族群之分布。 2.110 年協定事項擬新增「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，歷經 3 年仍未實施，建議自本計畫執行內容中刪除。	
(四)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 1.本計畫自 109 年試辦迄今，原有 2 個試辦點，自 110 年起連續 2 年僅剩 1 個試辦點。且 109~111 年預算執行率均不佳(57.3%、32.9%、42.8%)，待診診次占率均為 6 成以上(65.0%、67.0%、62.2%)，建議停辦或轉型。 2.計畫檢討及轉型建議： (1)施行地區：建議重新審視及精準定義牙醫急診醫療不足區，同時考量與醫院急診之重疊性。 (2)運作方式：建議與急診醫療網之醫院急診合作，採牙醫師值班(on call)方式執行。 (3)建議發展牙醫急診醫療服務檢傷分類及操作型定義，以降低民眾對牙醫急診之認知落差，避免醫療資源浪費。	
(五)0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	

評核委員建議內容	因應及回應內容
1.111 年預算執行率過低(0.8%)，倘協商 113 年度總額前未提出具體執行成效，則建議停辦。 2.牙醫部門檢討本計畫執行不佳之原因，除受疫情影響，可能與實務上行政作業及申報方式複雜有關，建議觀摩其他部門專款計畫設計方式，持續研修計畫內容。	
(六)12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增計畫) 1.111 年預算執行率偏低(3.7%)，倘協商 113 年度總額前未提出具體執行成效，則建議停辦。 2.本計畫支付項目「青少年齲齒控制照護處置」(P7101C)、「青少年齲齒氟化物治療」(P7102C)利用率約 1%，平均每人利用次數約 1 次，建議檢討執行之必要性及執行頻率。 3.本計畫部分照護內容與既有的一般服務項目重複，成效難以顯現。建議分析原利用一般服務「牙周暨齲齒控制基本處置」(91014C)支付項目之病人，轉為參加本計畫使用「青少年齲齒控制照護處置」(P7101C)人數比率，並瞭解其他病人未參加本計畫之原因，以利後續改善。 4.預期效益評估指標建議修訂為，參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標。 5.牙醫部門建議在偏鄉學校巡迴案件可獨立申報本計畫，請健保署優先協助。	
(七)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111 年新增計畫) 1.111 年預算執行率不佳(15.7%)，服務人數目標達成率為 46%(目標 92,000 人)，建議減少經費。 2.本計畫與「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」性質類似，皆提供特殊族群(恆牙牙根齲齒患者、高風險患者)氟化物治療，建議合併辦理，並研議相關策略針對目標族群加強宣導利用。	
(八)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112 年新增計畫) 1.本計畫與「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」性質類似，皆提供特殊族群(高風險患者、恆牙牙根齲齒患者)氟化物治療，建議合併辦理。 2.預期效益之評估指標「1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩」，增加率減緩一詞較不明確，建議訂定更明確之目標。 3.倘本計畫能達成平均齲齒填補顆數減少之預期效益，所產生之節流費用應適當納入總額財源。	