

檔 號：
保存年限：

行政院衛生署 函

地址：10341台北市大同區塔城街36號
傳 真：(02)85906032
聯絡人及電話：蘇芸蒂(02)85906374
電子郵件信箱：hgmaggiesu@doh.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國101年12月24日
發文字號：衛署健保字第1012660308C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本（含法規條文）1份(1012660308C-1.pdf、1012660308C-2.pdf)

主旨：「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」，業經本署於中華民國101年12月24日以衛署健保字第1012660308號令修正發布，名稱並修正為「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」，茲檢送發布令影本（含法規條文）1份，請查照。

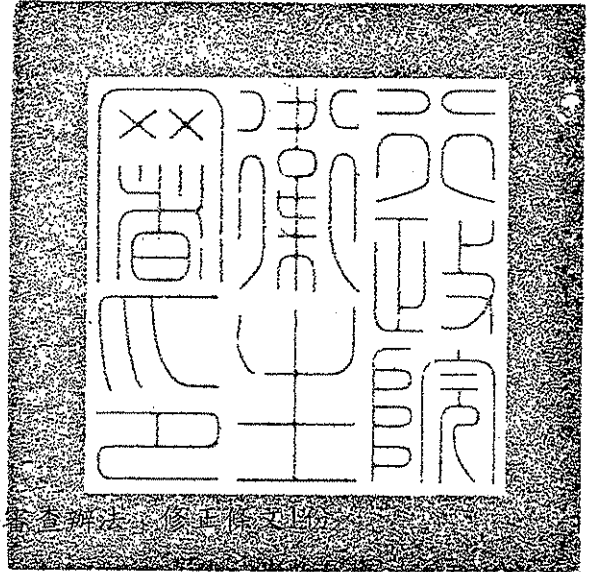
正本：行政院衛生署中央健康保險局、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會(均含附件)

副本：全民健康保險醫療費用協定委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會(均含附件)

2012/12/26
交 09 撥 15 章

署長 邱文達

行政院衛生署 令



發文日期：中華民國101年12月24日

發文字號：衛署健保字第1012660308號

附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」修正條文

修正「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」，名稱並修正為「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」。

附修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」

署長 邱文達

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法修正條文

第一章 總則

第一條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第六十三條第三項規定訂定之。

第二條 本辦法所定醫療費用申報及核付，包括醫療費用申報、暫付、抽查、核付、申復等程序及時程。

本辦法所定醫療服務審查，包括程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。

第二章 醫療費用申報及核付

第三條 保險醫事服務機構向保險人申報醫療費用，應檢具完整之醫療費用申報表單。

前項表單不完整或填報有錯誤者，保險人應敘明理由通知更正，更正完成，即予受理，並依規定之時程採電子資料申報。

醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供；其提供複製本或電子資料送審者，應載明與正本相符，或另行以書面聲明。

第四條 保險醫事服務機構當月份之醫療服務案件費用申報，應於次月二十日前為之。採電子資料申報者，得分一日至十五日及十六日至月底兩段為之。採網路或電磁紀錄申報者，並應於次月五日及二十日前，檢送醫療費用申報表單。

第五條 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。

對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，不得回推，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。

第六條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條

第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

第七條 保險醫事服務機構已依第四條規定期限申報者，保險人應於收到申報文件之日起，依下列期限暫付：

- 一、電子資料申報者：十五日內。
- 二、書面申報者：三十日內。

採電子資料網路申報者，以保險人收到傳送醫療費用申報表單之日期為暫付期限起算日期。但書面醫療費用申報表單送達保險人之日期較電子傳送日逾五日者（不含例假日），以書面醫療費用申報表單送達之日算起。

第八條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且有第三條第二項情形須更正者，保險人應於下列期限內，通知保險醫事服務機構：

一、電子資料申報受理日起十日內。

二、書面申報受理日起二十日內。

自保險人通知日起，保險醫事服務機構於十日內補正者，保險人依第六條及第七條規定辦理暫付事宜，其暫付期限之計算以補正資料送達日起算。

第九條 保險醫事服務機構未依第四條規定期限申報者，申報當月不予暫付，如無正當理由，並列為異常案件審查。

延遲申報超過三十日者，保險人之核付期限，得不受第十條第一項之限制。

第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。

實施總額部門之保險醫事服務機構，前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：

一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。

二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。

三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

非屬各總額部門之保險醫事服務機構，適用之每點核定金額，以一元計算。

第十一條 保險醫事服務機構申報醫療費用，有第三條第二項情事須補件更正者，其六十日核付期限，自資料補正送達日起算。

保險人依第三條第三項規定，通知保險醫事服務機構檢送

病歷或診療證明文件等資料，保險醫事服務機構應於接獲通知日起七日內（不含例假日）完成；逾七日完成者，依其補件送達日起六十日內辦理核付；逾六十日未完成者，保險人得逕行辦理醫療費用點數核定，並予以核付。

第十二條 實施總額部門之保險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。

結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。

第十三條 實施總額部門之保險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款項，俟每點支付金額確認後，辦理結清。

第十四條 本辦法第六條及第十條所稱預估點值，依下列原則辦理：

- 一、點數：依受理當月送核及補報之申請點數計算，加計預估核減率。
- 二、跨區就醫比例：一至六月以前一年上半年跨區就醫比例估算，七至十二月以前一年下半年跨區就醫比例估算。

第十五條 保險醫事服務機構發生下列情形之一者，保險人得對其最近申報月份之費用，停止暫付：

- 一、經保險人通知應提供之病歷或診療相關證明文件，自文到日起十四日內（不含例假日）未完整提供者。
- 二、已暫付之門診醫療費用申報資料填寫不完整或錯誤之件數達該月份案件百分之三者。
- 三、已暫付之住院醫療費用申報資料填寫不完整或錯誤之件數達該月份案件百分之十者。

第十六條 保險醫事服務機構有下列各款情形之一者，保險人應於應

扣減及應核扣金額之範圍內，停止醫療費用之暫付及核付：

- 一、停止特約或終止特約者。
- 二、虛報、浮報醫療費用，案經檢察官提起公訴者。
- 三、特約醫院、診所，涉有容留未具醫師資格之人員為保險對象診療、處方；特約藥局，涉有容留未具藥事人員資格之人員為保險對象調劑藥品；特約醫事檢驗或放射所，涉有容留未具醫事檢驗或醫事放射人員資格之人員為保險對象檢驗或施行放射業務；特約物理或職能治療所，涉有容留未具物理或職能治療人員資格之人員為保險對象提供物理或職能服務。經保險人訪查事證明確或移檢調單位偵辦中者。

第十七條 保險醫事服務機構因涉有虛報、浮報醫療費用，經保險人訪查事證明確或檢調單位偵(調)查中者，保險人得斟酌涉嫌虛、浮報之額度，核定暫付及核付成數與其執行期間。

第三章 程序審查及專業審查

第十八條 保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：

- 一、保險對象資格。
- 二、保險給付範圍。
- 三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。
- 四、申報資料填載之完整性及正確性。
- 五、檢附資料之齊全性。
- 六、論病例計酬案件之基本診療項目。
- 七、事前審查項目。
- 八、其他醫療費用申報程序審查事項。

保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。

第十九條 保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診

斷關聯群)之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、非必要之連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與申報項目或其規定不符。
- 五、非必要之檢查或檢驗。
- 六、非必要之住院或住院日數不適當。
- 七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。
- 八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符。
- 十一、未依臨床常規選用非第一線藥物。
- 十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
- 十三、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。
- 十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。
- 十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

第二十條 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付，並載明理由：

- 一、非必要住院。
- 二、非必要之主手術或處置。
- 三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。
- 四、病情不穩定，令其出院。
- 五、病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼。

前項申報案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：

一、主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。

二、次診斷碼、處置碼不適當。

第二十一條 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，其醫療費用高於上限臨界點或低於下限臨界點者，或經審查不適用診斷關聯群之案件，依第十九條規定辦理。

第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。

抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。

保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。

保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減率或補付率之計算基礎。

隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。

第二十三條 專業審查由具臨床或相關經驗之醫藥專家依本辦法及相關法令規定辦理，並基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。

前項專業審查，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫藥專家召開會議審查。

第二十四條 辦理審查業務，審查醫藥專家應持客觀、公正態度，並遵守下列事項：

一、不得洩漏因審查所知悉或持有之內容。

二、不得將各類審查案件攜出審查場所。

三、對審查其本人或配偶所服務之保險醫事服務機構及其三親等內血親、姻親所設立之保險醫事服務機構醫療服務案件時，應予迴避。

四、未經保險人同意，不得以審查醫藥專家之名義參加保險

人以外團體所舉辦之活動。

第四章 事前審查

第二十五條 保險人應依本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準辦理事前審查。

前項事前審查，保險人應於受理保險醫事服務機構送達申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視為同意。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。

應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。

第五章 實地審查

第二十六條 保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同。

第二十七條 保險人依前條規定赴特定之保險醫事服務機構進行實地審查，應先函知，並洽各該機構派員陪同。

第二十八條 保險人於實地審查結束後，應將審查結果製成審查紀錄，並通知保險醫事服務機構。

第二十九條 保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核。

第六章 檔案分析

第三十條 保險人得就保險醫事服務機構醫療費用申報資料，依醫事服務機構別、科別、醫師別、保險對象別、案件分類、疾病別或病例別等，分級分類進行該類案件之醫療資源耗用、就醫型態、用藥型態及治療型態等之檔案分析，並得依分析結果，予輔導改善，經輔導一定期間未改善者，保險人得採立意抽樣審查、加重審查或全審，必要時得移送查核。

第三十一條 保險醫事服務機構醫療費用申報資料，經保險人檔案分析審查，符合不予支付指標者，保險人應依該指標處理方式

不予支付。

前項不予支付指標及處理方式，由保險人與保險醫事服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公告。

第七章 附則

第三十二條 保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。

保險人應於受理申復文件之日起六十日內核定，其核定日期之計算，需要保險醫事服務機構提供個案病歷或診療相關證明文件者，以保險醫事服務機構將相關資料送達保險人之日起算。

第三十三條 前條申復案件不得交由原審查醫藥專家複審，必要時得會同原審查醫藥專家說明。保險人不得再就同一案件追扣其費用。

保險醫事服務機構對申復結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向全民健康保險爭議審議會申請審議。

第三十四條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。