



計畫編號：CCMP91-RD-002

行政院衛生署九十一年度科技研究發展計畫

全民健保中醫門診總額支付制度針灸及傷科
審查作業之研究

委託研究報告

計畫委託機關：中國醫藥學院

計畫主持人：許昇峰

研究人員：林昭庚 李采娟

執行期間：91年1月1日至91年12月31日

本研究報告僅供參考，不代表本署意見

計畫編號：CCMP91-RD-002

各機關研究計畫基本資料庫之計畫編號：

行政院衛生署九十一年度科技研究發展計畫

全民健保中醫門診總額支付制度針灸及傷科
審查作業之研究

委託研究報告

計畫委託機關：中國醫藥學院

計畫主持人：許昇峰

研究人員：林昭庚 李采娟

執行期間：91年1月1日至91年12月31日

編號：CCMP91-RD-002

行政院衛生署中醫藥委員會九十一年度
委託研究計畫成果報告

全民健保中醫門診總額支付制度針灸及傷科
審查作業之研究

執行機構：中國醫藥學院

計畫主持人：許昇峰

研究人員：林昭庚 李采娟

執行期限：91年1月1日至91年12月31日

本研究報告僅供參考，不代表本會意見

目 錄

中文摘要	5
英文摘要	7
壹、前言	8
貳、材料與方法	8
參、結果	9
肆、討論	11
伍、結論與建議	12
陸、參考文獻	13
柒、附錄	14

編號：CCMP91-RD-002

全民健保中醫門診總額支付制度針灸及傷科之審查作業之研究

計畫主持人 許昇峰

執行單位 中國醫藥學院

摘要

本項研究之重要性在於目前中醫針灸及傷科之專業審查，在不同地區的審核標準寬鬆不一，不但造成審查醫師執行上的困擾，也使申報醫師未必能真正信服其執行尺度，衍生許多無謂的申覆案件爭端之緣起。因此本研究將凝聚各地專家、學者之共識，共同研究審查要點之編定，並參考國內、外團體專業審查之優點，逐年改進審查工作。

本手冊提供審查醫師群公平的評審標準與範例，申報醫師藉由本手冊可以降低申報核減率，給各執業醫師會員們一致的臨床規範，藉以提高醫療品質。本手冊收集全民健保中醫門診總額支付制度實施以來，全聯會、中保會及六分區分會有關審查案件的相關決議公文。定期召開中保會各分區審查代表會議，研商各類針傷科常見病症，在針灸臨床處方參考手冊和傷科臨症指引參考手冊指導下，逐步制定專業審查核減常見之原因及理由說明。根據幾次專家學者會議的意見，已編訂初稿完成 10 萬字，藉由多次研討，產生共識，並以書面制定規範，編寫針灸及傷科審查作業手冊，內容包括相關法規介紹、審查注意事項、專業輔導機制、核減理由和代碼、常見中醫審查問題及範例說明，並附以病歷規範與審查品質之監控等。

本手冊將來可作為未來實施檔案分析法的基礎，以電腦統計方法，便可分析比較出針灸臨床處方及傷科臨症指引參考手冊公佈實施之前、後，各分區公會常見核減代碼的總數是否能夠有效減低。而且收集並比較各同儕團體（如：西醫基層、牙醫）相關的發表資料，以作為專業審查參考指標之參考旁證。

關鍵詞：全民健保中醫門診總額支付制度，針灸及傷科，審查手冊

CCMP91-RD-002

**The study on evaluation principles of acupuncture/moxibustion
and traumatologic care of Chinese medicine in global budget
system of National Health Insurance (NHI)**

SHENG-FENG HSU

Chinese Medical College

Abstract

There were some professional evaluation differences between the different evaluated doctors in six areas of the national doctors' association. So the professional experts should have a standard handbook of acupuncture / moxibustion and traumatologic care in Chinese medicine.

In the handbook, we want to let the Chinese medical doctors know what is the best clinical practice of the acupuncture / moxibustion and traumatologic care. In order to reduce the reject rate of the application documents of all the countries, we edit this evaluation handbook to evaluate the principles of acupuncture / moxibustion and traumatologic care in global budget system of NHI.

We had edited hundred thousand words and collected all the documents of the doctors' association this year, and based on two books of acupuncture / moxibustion and traumatologic care clinical guideline published by CCMP in 2002. We hold several meetings this year, and got some conclusions about regulation, examination principles, professional assistant systems, inappropriate application examples, chart writing principles and so on.

In the future, we are looking forward to analyzing the reducing reject rate of the application documents of all the Chinese medicine in global budget system of NHI.

Keywords : Chinese medicine in global budget system of NHI, acupuncture / moxibustion and traumatologic care, evaluation handbook

壹、前言

本項研究之重要性在於目前中醫針灸及傷科之專業審查，在不同地區的審核標準寬鬆不一，不但造成審查醫師執行上的困擾，也使申報醫師未必能真正信服其執行尺度，衍生許多無謂的申覆案件爭端之緣起。

由於目前中醫尚無一本可供參考的審查手冊，因此本研究將凝聚各地專家、學者之共識，共同研究審查要點之編定，並參考國內、外團體專業審查之優點，逐年改進審查工作。

本手冊說明審查醫師應注意的相關法規及規範事項、正確的核減理由和代碼、常見中醫審查問題及範例、病歷規範等，以凝聚審查共識，提供審查醫師群公平的評審標準。申報醫師藉由本手冊可以降低申報核減率，給各執業醫師會員們一致的臨床規範，藉以提高醫療品質。

貳、材料與方法

- 一、收集全民健保中醫門診總額支付制度實施以來，全聯會、中保會及六分區分會有關審查案件的相關決議公文。
- 二、定期召開（每二個月）中保會各分區審查代表會議，研商各類針傷科常見病症，在針灸臨床處方參考手冊和傷科臨症指引參考手冊指導下，逐步制定專業審查核減常見之原因及理由說明。
- 三、藉由多次研討，產生共識，並以書面制定規範，編寫全民健保中醫健保中醫門診總額支付制度針灸及傷科審查作業手冊，並附上範例之說明。
- 四、將各次開會的結論，由中醫師公會全國聯合會提供給予各審查醫師群的評審參考標準，給各執業醫師群有一致的臨床規範，規範以確保中醫針傷的治療品質。
- 五、未來將可收集分析並比較各同儕團體（如：西醫基層、牙醫）在總額預算制度下所相關的發表資料，將來以此作為專業審查參考指標之參

考旁證。

六、編寫一本健保總額給付中醫針傷科門診審查手冊。

參、結果

全民健保中醫門診總額支付制度下，針灸及傷科要確保其醫療品質及同時控管其費用，不致於過度擴張，而訂其審核辦法來達成。

在確保醫療品質方面，針灸與傷科分別已編有臨床處方及臨症指引參考手冊，書中有針灸及傷科適應證及標準治療方法可供參考。(九十年度由衛生署中醫藥委員會編列經費贊助，且已順利完成。)

在費用控制之審核方法方面，在全民健保中醫門診總額支付制度下，編寫針灸及傷科審查作業手冊，以避免醫師申報浮濫，並供審查參考，確保及提昇中醫針灸及傷科的醫療服務品質。(九十一年度由衛生署中醫藥委員會編列經費贊助，且初稿已完成。)

已完成之手冊約 10 萬字初稿，內容目錄如下：

壹、審查相關法規介紹

- 一、全民健康保險法
- 二、全民健康保險法實施細則
- 三、全民健康保險醫療辦法
- 四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法
- 五、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法
- 六、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法
- 七、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點
- 八、全民健康保險爭議事項審議辦法
- 九、全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約醫院、診所適用)
- 十、全民健康保險中醫門診總額支付審查醫師管理要點
- 十一、全民健康保險中醫門診總額支付制度審查醫師遴選辦法

- 十二、全民健保中醫門診總額支付制度幹部自律管理要點
- 十三、九十一年度中醫門診總額支付制度委託契約書
- 十四、全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案
- 十五、中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標監測值
- 十六、審查通則
- 十七、專業審查分案一般原則

貳、全民健保中醫門診總額支付制度支付標準表

參、全民健保中醫門診總額支付制度審查注意事項

肆、專業審查輔導機制

- 一、全民健保中醫門診總額支付制度專業審查輔導建議作業要點
- 二、輔導紀錄表
- 三、專業審查輔導建議作業流程
- 四、專業審查輔導建議意見表

伍、中保會審查核減理由和代碼

- 一、中保會核減理由代碼表
- 二、中醫專業審查核減理由編碼說明
- 三、中醫專業審查不予支付理由和代碼

陸、常見中醫審查問題

- 一、審查分組常見審查問題
- 二、醫療院所常見審查問題
- 三、核減之正確及錯誤範例
- 四、門診常見行政核減原因
- 五、門診常見專業核減原因
- 六、院所常見疏失核減之相關項目
- 七、常見核減理由排行榜

柒、減量抽審辦法

- 一、中保會各區分會審查作業減量抽審辦法

二、中醫門診總額支付制度減量抽審家數估計評量表

捌、病歷規範

- 一、病歷相關法規
- 二、電腦實體病歷製作規定
- 三、其他病歷規範
- 四、初診病歷參考範例

玖、審查品質之監控

- 一、中醫門診總額支付制度專業審查審畢案件抽審作業要點

拾、其他

- 一、中保會高屏區分會電腦輔助審查指標

拾壹、附錄

- 一、大法官解釋彙編
- 二、全民健康保險法規解釋彙編

肆、討論

根據幾次專家學者會議的充分討論，產生以下幾點看法：

- 一、一年來，曾因為調整健保給付的相關規訂並且多次修改審核代碼，大多已有一致的看法，宜將最新的資訊同步修訂公告，若目前尚未定案仍在試辦中的建議案，可以由一區或多區先行試辦，評估成效後，再推行全國。
- 二、今年中醫傷科給付的部份，目前正處於費用協商的關鍵時刻，將來若給付總額有所變化，則對於中醫門診針、傷科的影響甚鉅，因此，在情勢有較大變化時，應對於審查方式再作修正。
- 三、手冊的完成至少在費用控制的審核方法上，有一致的公認標準，並對於錯誤的範例有列出刪減之原因及示範範例，並提出病歷寫作格式以供參考，相信在中醫門診針灸及傷科的醫療品質確保，是有其貢獻的。

伍、結論與建議

本手冊以針灸臨床處方指引參考手冊、傷科臨症指引參考手冊為基礎，做出基本的共識規範。將可作為未來實施檔案分析法的基礎，以電腦統計方法，便可分析各常見核減代碼的所佔審查總額及各分項代碼分布比例，並比較出針灸臨床處方及傷科臨症指引參考手冊公佈實施之前、後，各分區公會常見核減代碼的總數是否能夠有效減低。而且收集並比較各同儕團體（如：西醫基層、牙醫）相關的發表資料，以作為專業審查參考指標之參考旁證。

陸、參考文獻

- 一、中醫門診總額支付制度規劃。 1997：86。
- 二、全民健保牙醫門診總額支付制度審查醫師結訓議義。中華民國牙醫師全國聯合會 2000。
- 三、全民健保牙醫門診總額支付制度醫療品質評估報告。中華民國牙醫師全國聯合會編印 2000：59-78。
- 四、全民健保中醫門診總額支付制度審查作業講習會。行政院衛生署中醫藥委員會、中央健康保險局、中華民國中醫師公會全國聯合會 2000：58。
- 五、全民健保中醫門診總額支付制度醫療品質確保方案第一年執行成果報告。衛生署費用協定委員會會議 2001。
- 六、全民健保中醫門診總額支付制度醫療品質確保方案第一年執行成果報告。衛生署費用協定委員會會議 2001：58。
- 七、總額支付制度電腦專業審查研討會—以牙醫為例。中華民國牙醫師全國聯合會 2001：50。

柒、附錄

全民健保中醫門診總額支付制度針灸及傷科審查 作業手冊

序

自民國八十四年，政府開辦全民健康保險以來，國人的健康受到妥善的照顧，而中醫醫療亦深受民眾的肯定。為配合國家醫療保險政策，永續推動全民健康保險，中醫於八十九年七月繼牙醫之後承辦總額支付制度，在中保會暨六區分會，全國各級公會幹部與全國中醫醫療院所共同支持與努力下，中醫門診總額支付制度試辦計劃第一年醫療品質經衛生署、健保局與專家學者評鑑為優等。

為落實總額支付制度精神及確保中醫醫療服務品質，依品確保方案，本會召集專家學者、審查醫師及臨床醫師經多次研議，編印「全民健保中醫門診總額支付制度審查手冊」，提供審查醫師作為專業審查之依據，期建立專業、客觀的審查準則，在公平、公正及有效率的審查下，維護醫療院所權益，並能提昇中醫醫療服務水準，提供全民更優質的中醫醫療照護。

值中醫審查作業手冊付梓出版之際，對參與編纂手冊的全體專家學者、醫師等編輯委員及工作人員致上誠摯的謝忱。

中華民國中醫師公會全國聯合會
理事長 林昭庚 謹識
中華民國九十一年九月

壹、審查相關法規介紹

一、全民健康保險法

中華民國八十三年八月九日 總統華總（一）義字第四七〇五號令公布
中華民國八十三年十月三日 總統華總（一）義字第五八六五號令修正
公布第八十七條；並增訂第十一條之一及第六十九條之一條文

第一章 總 則

- 第一條 為增進全體國民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法未規定者，適用其他有關法律。
- 第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。
- 第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。
- 第四條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康監理委員會。
前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。
- 第五條 為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。
前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。
被保險人及投保單位對爭議審議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。

第二章 保險人、保險對象及投保單位

- 第六條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。
- 第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。
- 第八條 被保險人分為下列六類：
一、第一類：
政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。
公、民營事業、機構之受雇者。
前二目被保險以外有一定雇主之受雇者。
雇主或自營作業者。

專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類：

農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。

六、第六類：

榮民、榮民遺眷之家戶代表及行政院國軍退除役兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前前國軍返臺人員。

第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

各類被保險之眷屬，規定如下：

一、第一類至第三類被保險人之眷屬：

被保險之配偶，且無職業者。

被保險之直系血親尊親屬，且無職業者。

被保險人二親等內直系寫親卑親屬未滿二十歲且無職業，或滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

二、第四類被保險之眷屬：

同戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

同戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

同戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

三、第五類被保險人的共同生活親屬。

四、第六類被保險人之眷屬：

被保險人之配偶，且無職業者。

被保險之直系血親尊親屬，且無職業者。

被保險人二等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年

滿二十歲無謀生能力或在學就讀且無職業者。

具有中華民國國籍者，應符合下列各款規定資格之

一、始得參加本保險為保險對象：

一、在臺閩地區設有戶籍滿四個月者。

二、在臺閩地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者。

三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬之新生嬰兒。

凡具有外國國籍，在臺閩地區領有外僑居留證，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者，始得參加本保險為保險對象。

第十一條 有下列情形之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保：

一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。

二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下者，不在此限。

三、失蹤滿六個月者。

四、喪失前條所定資格者。

第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。

第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險；第二類被保險人不得為第三類保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。

第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。

第十四條 各類被保險人之投保單位如下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。

第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保，並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。

第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件，對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

第三章 保險財務

第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之。

第十九條 前條被保險人及每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第一年以百分之四點二五計繳保險費；第二年起，依第二十條規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。

本保險實施後，前二盈虧，由中央撥補之。

眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。

第二十條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：

一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。

二、本保險之安全準備降至最低限額者。

三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機構擬訂分級表，報請行政院核定。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，

- 主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。
- 第二十二條 第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：
- 一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。
 - 二、雇主及自營作業者：以其營利作業者：以其營利所得為投保金額。
 - 三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。
- 第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。
- 第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。
- 第二十三條 第三類被保險之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。
- 第二十四條 第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應依次年二月底前通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日生效。
- 第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。
- 第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。
- 第二十七條 本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：
- 一、第一類被保險人：
 - 第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十。
 - 第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。
 - 第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付金額保險費。

- 二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。
- 三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十
- 四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。
- 五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。
- 六、第八條第一項第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。
- 七、第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第二十八條 第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。

第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：

- 一、第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負擔扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。
- 二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於月底前，負責彙繳保險人。
- 三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。
- 四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。

本保險之保險，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第三十條 投保單位或被保險人未依規定期限繳納保險費者，得寬限十日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日

止，每逾期一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。

保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。

保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

第四章 保險給付

第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師交付處方用箋予保險對象至藥局調劑。

前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。

第三十二條 本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。

第三十三條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負責百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。

前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。

第三十四條 本法實施後連續一年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。

第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如下：

一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十日以後，百分之三十。保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。

急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

- 第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：
- 一、重大傷病。
 - 二、分娩。
 - 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。
- 前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。
- 第三十七條 第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。
- 第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應自保險醫事服務機構繳納。保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。
- 第三十九條 下列項目之費用不在本保險給付範圍：
- 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。
 - 二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。
 - 三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
 - 四、成藥、醫師指示用藥。
 - 五、指定醫師、特別護士及護理師。
 - 六、血液。但因緊急傷病照護，不在此限。
 - 七、人體試驗。
 - 八、日間住院。但精神病照護，不在此限。
 - 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。
 - 十、病人交通、掛號、證明文件。
 - 十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。
 - 十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。
- 第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災等天災所致之保險事故，不適用本保險。
- 第四十一條 保險對象有下列情形之一者，不予保險給付：
- 一、依其他社會保險法令領取殘障給付後，以同一傷病申請住院診療者。
 - 二、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。
 - 三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。

四、違反本法有關規定者。

第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。

第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。

前項醫療費用之核退，應於治療結果會分娩六個月內提出申請，逾期不予受理。

第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。

第四十五條 保險對象依第十一條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應退還保險人所支付之醫療費用；其所支保險費，不予退還。

第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。

第五章 醫療費用支付

第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成；其組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之：

- 一、醫事服務提供者代表。
- 二、保險付費者代表與專家學者，
- 三、相關主管機關代表。

第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之

第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。

保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。

門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。

前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

第五十一條 醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。

前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。

第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。

第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。

第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之，未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。

第六章 保險醫事服務機構

第五十五條 保險醫師服務機構如下：

- 一、特約醫院及診所。
- 二、特約藥局。
- 三、保險指定醫事檢驗機構。
- 四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。

第五十六條 現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民健康保險開辦一年半後重新評估。

第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總床比率，由主管機關定之。

第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有

規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。

- 第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；取醫療費用者，應予追還。
- 第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。
- 第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填據轉診病歷摘要，再行轉診。
- 第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。

第七章 安全準備及行政經費

- 第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：
一、由每年保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
二、本保險每年度收支之結餘。
三、保險費滯納金。
四、本保險安全準備所運用之收益。
本保險年度收支發生短絀時，應由本保安全準備先行填補。
- 第六十四條 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。
前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關係文規定之限制。
- 第六十五條 政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。
前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關係文規定之限制。
- 第六十六條 本保險之資金，得以下列方式運用：
一、公債、庫券及公司債之投資。
二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。
三、特約醫院建築物整修及擴建之貸款。
四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。
- 第六十七條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。
- 第六十八條 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度

醫療費用總額百分之三點五為上限，編列預算辦理。
保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。

第八章 罰 則

第六十九條 投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除依第三十條規定，追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費，應以四倍之罰鍰。

前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。

第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。

第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新台幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。

第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新台幣二千元以上一萬元以上罰鍰。

第七十二條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。

第七十三條 有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：

一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。

二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。

第七十四條 特約醫院之保險病床未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善，按次處罰。

第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還所收取之費用，並按所取之費用處以五倍之罰鍰。

第七十六條 違反第六十二條規定者，處新台幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

第七十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。

第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。

第九章 附 則

- 第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。
- 第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。
- 第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。
- 第八十二條 保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，本保險之保險人，得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。
- 第八十三條 本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。
- 第八十四條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。
- 第八十五條 主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。
- 第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定發布之。
- 第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。
- 第八十九條 本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。

二、全民健康保險法施行細則

(民國 90 年 01 月 30 日 修正)

第一章 總則

- 第一條 本細則依全民健康保險法（以下簡稱本法）第八十六條規定訂定之。
- 第二條 保險人應按月將下列書表於年終時編具總報告，陳報主管機關，並分送全民健康保險監理委員會備查：
- 一、投保單位、投保人數及投保金額統計表。
 - 二、醫療給付統計表。
 - 三、保險醫事服務機構增減表。
 - 四、保險收支會計報表。
 - 五、安全準備運用概況表。
- 第三條 保險人應依本保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算，及半年之結算與年終之決算總報告，提經全民健康保險監理委員會審議後，陳報主管機關。

第二章 保險對象及投保單位

- 第四條 本法第八條第一項第一款第一目所稱專任有給人員，指政府機關、公私立學校具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者。本法第八條第一項第一款第一目所稱公職人員，指公職人員選舉罷免法所列公職人員。無職業之鄰長，得準用前項公職人員規定參加全民健康保險（以下簡稱本保險）。
- 第五條 本法第八條第一項第一款第四目所稱雇主，指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人；所稱自營業主，指未僱用有酬人員幫同工作之民營事業事業主或負責人。
- 第六條 本法第八條第一項第二款第一目所稱自營作業者，指獨立從事勞動或技藝工作獲致報酬，且未僱用有酬人員幫同工作者。
- 第七條 本法第八條第一項第二款第一目及第三款第二目所稱無一定雇主者，指經常於三個月內受僱於非屬同條項第一款第一目至第三目規定之二個以上不同雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者。
- 第八條 本法第八條第一項第一款第五目所稱專門職業及技術人員，指依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得執業資格之人員。

第九條 (刪除)

第十條 本法第八條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有行政院國軍退除役官兵輔導委員會核發之中華民國榮譽國民證或義士證之人員。

本法第八條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，及其依本法第九條第一款所定之眷屬，規定如下：

一、榮民之配偶，且無職業者。

二、榮民之直系血親尊親屬，且無職業者。

三、榮民之二親等內直系血親卑親屬，未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

第十一條 本法第九條所稱無謀生能力，指符合下列情形之一者：

一、受禁治產宣告尚未撤銷。

二、領有身心障礙手冊且不能自謀生活。

三、符合本法第三十六條所稱重大傷病且不能自謀生活。

第十二條 本法第九條所稱在學就讀，指就讀於公立學校或各級主管教育行政機關核准立案之私立學校。

第十三條 (刪除)

第十四條 (刪除)

第十五條 本法第八條第一項第五款所定第五類被保險人，係指以下成員：

一、戶長。

二、與戶長同一戶籍或共同生活之直系血親、旁系血親及互負扶養義務之親屬。但戶長之直系血親卑親屬，以未入贅或未出嫁者為限。

第十六條 符合本法第十條第二項規定，如無職業且無法以眷屬資格隨同被保險人投保者，應以本法第八條第一項第六款第二目被保險人身分參加本保險。

本法第十條第二項規定之居留證明文件，係指臺灣地區居留證、臺灣地區居留入出境證、外僑居留證、外僑永久居留證及其他經本保險主管機關認定得在臺灣地區長期居留之證明文件。

第十七條 (刪除)

第十八條 符合本法第八條規定，同一類具有二種以上被保險人資格者，應以其主要工作之身分參加本保險。

農會或漁會會員兼具水利會會員身分者，應以農會或漁會會員身分參加本保險。

第十九條 為二位以上被保險人之眷屬者，應擇一投保；其選擇以直系血親眷屬身分投保者，應隨親等最近之被保險人投保。但無法隨

親等最近之被保險人投保並符合主管機關規定之特殊情形者，得隨負扶養義務之被保險人投保。同為配偶與一親等直系血親之眷屬者，應擇一投保。

第二十條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，退休後無職業者，得以同條項第六款第二目被保險人身分參加本保險。

第二十一條 退休人員符合本法第八條第一項第六款第二目被保險人資格者，經徵得原投保單位之同意，得以原投保單位為投保單位。但其保險費仍應依本法第二十六條及第二十七條第七款規定分別計算。

第二十一之一條 (刪除)

第二十二條 本法第八條第一項第六款第二目所定被保險人，依戶籍法規定設籍於政府登記立案之宗教機構者，得以該宗教機構或所屬當地宗教團體為投保單位。

第二十三條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，因故留職停薪者，經徵得原投保單位之同意，得由原投保單位以原投保金額等級繼續投保；被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位連同其應負擔部分彙繳保險人。前項投保金額等級，不得低於投保金額分級表最低一級。

第二十四條 本法第十四條第一項第一款以被保險人所屬團體為投保單位之規定，於專門職業及技術人員自行執業者，指其所屬之公會。

本法第十四條第一項第四款以被保險人戶籍所在地之鄉(鎮、市、區)公所為投保單位之規定，於本法第十條第二項規定之保險對象，指其居留證明文件記載居留地(住)址所在地之鄉(鎮、市、區)公所。

符合本法第十條第二項規定之第六類保險對象，經徵得保險人認可之機關、學校或團體同意者，得以該機關、學校或團體為投保單位。

第二十五條 依本法第十四條第二項規定投保之保險對象，其保險費應由其共同生活之其他類被保險人代為繳納。

第二十六條 依本法第十四條第四項規定以訓練機構(關)為投保單位之第六類保險對象，其保險費仍應依本法第二十六條及第二十七條第七款規定計算。

前項保險對象接受訓練未逾三個月者，得在原投保單位繼續投保。

第二十七條 保險對象原有之投保資格尚未喪失，其從事短期性工作未逾三個月者，得以原投保資格繼續投保。

第二十八條 符合本法第十四條規定之投保單位，應填具投保單位成立申報表及保險對象投保申報表各一份送交保險人。

投保單位除政府機關、公立學校、農田水利會及公營事業外，應檢附負責人身分證明文件影本及下列相關證件影本：

- 一、工廠應檢附工廠登記證。
- 二、礦場應檢附礦場登記證。
- 三、鹽場、農場、牧場、林場、茶場應檢附登記證書。
- 四、交通事業應檢附運輸業許可證或有關證明文件。
- 五、民營公用事業應檢附事業執照或有關證明文件。
- 六、公司、行號應檢附公司執照、營利事業登記證或營業登記證。
- 七、私立學校、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、農業、漁業及各業人民團體應檢附立案或登記證明文件。
- 八、本法第八條第一項第一款第三目之雇主，應檢附僱用契約書或證明文件。
- 九、第一款至前款以外之投保單位，應檢附目的事業主管機關核發之許可或登記證明文件。

第二十九條 投保單位應備下列資料，以供主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢：

- 一、第一類被保險人之投保單位，應備僱用員工或會員名冊（卡）、出勤工作紀錄、薪資表、薪資資料。
- 二、第二類被保險人之投保單位，應備會員名冊（卡）、全民健康保險費之收繳帳冊及依第四十九條規定所設專戶之存款證明文件。
- 三、第三類被保險人之投保單位，應備被保險人及眷屬名冊（卡），記載被保險人及其眷屬姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住址及投保資格審核通過之年、月、日。

前項第一款及第二款員工或會員名冊（卡），應分別記載下列事項：

- 一、被保險人及其眷屬姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號及住址。
- 二、被保險人到職或入會之年、月、日。
- 三、被保險人工作類別、時間及薪資或收入。
- 四、被保險人留職停薪期間。

前二項資料，投保單位應自被保險人離職、退會或退保之日起保存五年。

第一項及第二項有關國民身分證之規定，於本法第十條第二項規定之保險對象，以居留證明文件為之。

第三十條 保險對象有下列情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象投保申報表一份，送交保險人辦理投保手續：

- 一、合於本法第十一條之一規定者。
- 二、轉換投保單位。
- 三、改變投保身分。

第三十一條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲無謀生能力，或在學就讀且無職業者，投保單位應於其年滿二十歲當月底，填具續保申報表一份送交保險人辦理續保。

第三十二條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲且無職業，合於下列情形之一者，得以眷屬身分參加本保險：

- 一、應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內。
- 二、服義務役兵役或替代役退伍（役）者，自退伍（役）之日起一年內。

第三十三條 本法第十六條所稱退保原因，包括下列情形之一者：

- 一、轉換投保單位。
- 二、改變投保身分。
- 三、死亡。
- 四、合於本法第十一條所定條件或原因。

第三十四條 保險對象有前條所定情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象退保申報表一份，送交保險人辦理退保手續。保險對象因前條第一款及第二款情形辦理退保手續時，原投保單位應複印退保申報表一份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續，新投保單位應注意銜接投保。

第三十五條 本法第十一條所稱失蹤，指戶籍登記簿註記失蹤或行方不明。保險對象因遭遇災難失蹤，得自該災難發生之日退保。

第三十六條 保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：

- 一、失蹤未滿六個月者。
- 二、預定出國六個月以上者。但遠洋漁船船員除外。

第三十七條 被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理。

- 一、被保險人因前條第一款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。
- 二、被保險人因前條第二款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得原投保單位同意者，得於原投保單

位繼續參加本保險。

第三十八條 保險對象於停保原因消失後，依下列規定辦理：

- 一、失蹤者於六個月內尋獲時，應註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之月起終止保險，辦理退保手續。
 - 二、出國六個月以上者，自返國之日辦理復保。但出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。
- 前項保險對象辦理復保時，投保單位應填具復保申報表一份送交保險人。

第三十九條 投保單位之名稱、負責人、地址或其通訊地址變更時，應於十五日內填具投保單位變更事項申報表一份，連同有關證件送交保險人。

第四十條 投保單位有停業、歇業、解期或裁撤情事時，應於十五日內以書面通知保險人，並檢附相關證件，辦理所屬保險對象之異動申報手續。

已辦理停業之投保單位復業時，應於十五日內以書面通知保險人，並檢附相關證件，辦理所屬保險對象之異動申報手續。

第三章 保險財務

第四十一條 下列被保險人之投保金額，依下列規定並配合投保金額分級表等級金額，向保險人申報：

- 一、具有公教人員保險被保險人資格者，以其保險俸（薪）給為準。
- 二、第一類被保險人具有軍人保險被保險人資格者，以其參加軍人保險之保險基數為準。
- 三、無給職公職人員：
國民大會代表、直轄市議會議員，按投保金額分級表最高一級申報。
縣（市）議會議員按勞工保險投保薪資分級表最高一級申報。
鄉（鎮、市）民代表會代表、村（里）長及鄰長，按第三類被保險人之投保金額申報。
- 四、僱用被保險人數二十人以上之事業負責人及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，按投保金額分級表最高一級申報。但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。

- 五、僱用被保險人數五人以上未滿二十人之事業負責人，按投保金額分級表最高一級申報。但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。
- 六、僱用被保險人數未滿五人之事業負責人、第四款以外之專門職業技術人員自行執業者及屬於第一類被保險人之自營業主，按投保金額分級表最高一級申報。但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額，最低不得低於本法第八條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額。
- 七、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第六級起申報。
- 八、參加船長公會為會員之外僱船員由船長公會投保者，適用投保金額分級表最高一級。

前項第三款第三目鄰長，係指第四條第三項所定無職業，並準用公職人員規定參加本保險之鄰長。

第四十二條 第一類及第二類被保險人具有勞工保險資格者，其申報之投保金額不得低於其勞工保險之投保薪資。

第四十三條 (刪除)

第四十四條 本法第二十七條規定應由省政府補助之保險費，由中央政府補助。

本法第二十七條第一款第二目所定各級政府補助之保險費，在省轄區域，由中央政府全額補助；在直轄市區域，由中央政府補助百分之五十，直轄市政府補助百分之五十。

第四十五條 依本法第二十九條規定應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳款單，於次月底前寄發投保單位或被保險人繳納。

投保單位或被保險人於次月底仍未收到前項保險費計算表及繳款單時，應於十五日內通知保險人補寄，並依保險人補寄之表單，限期繳納；其怠為通知者，視為已於次月底寄達。

保單位或被保險人對於保險費計算表及繳款單所載金額如有異議，第一類及第六類被保險人之投保單位及第六類被保險人應先照額繳納，第二類、第三類被保險人之投保單位應先彙繳實際收繳之保險費後，再向保險人提出異議理由，經保險人查明錯誤後，於計算次月保險費時，一併結算。

第四十六條 依本法第二十九條第一項第三款規定各級政府應補助之保險費，由保險人按月開具保險費計算表及繳款單，於前月底前

送請各級政府撥付。

前項政府應補助之保險費，經保險人查明有差額時，應於核計下次保險費時一併結算。

第四十七條 各級政府及各行政機關依本法第二十九條第一項第四款規定每半年一次預撥應補助之保險費，其預撥數由保險人核計，並應分別於每年一月十五日及七月十五日前通知。前項預撥數有溢繳或不足者，保險人應於核計下次之預撥保險費時，一併結算。

第四十八條 (刪除)

第四十九條 投保單位得於金融機構設立「全民健康保險」專戶，並轉知被保險人以轉帳或代收方式繳納保險費。

第二類及第三類被保險人之投保單位，得徵得被保險人或會員（代表）大會同意後，一次預收三個月或六個月保險費，並應掣發收據，按月彙繳保險人；其預收之保險費於未彙繳保險人以前，應以投保單位名義設全民健康保險專戶儲存保管，所生孳息並以運用於本保險業務為限。

前項採行預收保險費之投保單位，得為承辦業務人員辦理員工誠實信用保證保險。

第五十條 保險費之繳納，以元為單位，角以下四捨五入。

第五十一條 投保單位依本法第二十九條第一項第一款或第二款規定扣繳或收繳被保險人及其眷屬負擔之保險費時，應於被保險人之薪資單（袋）註明或掣發收據。

第五十二條 第一類被保險人之投保單位因故不及於本法第二十九條規定期限扣、收繳保險費時，應先行墊繳。

第二類及第三類被保險人應自付之保險費，未依本法第二十九條規定期限繳納者，投保單位應通知被保險人繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向保險人提送被保險人欠費清單。

前項投保單位未依第四十五條第三項規定提出異議理由者，應於寬限期滿後十五日內，提送保險費應繳納金額與彙繳金額差額部分之欠費清單。

第五十三條 投保單位或被保險人依本法第三十條第一項規定應繳納滯納金或利息者，由保險人核計應加徵或徵收之金額，通知其向指定金融機構繳納。

第五十四條 投保單位或被保險人因欠繳保險費及滯納金，經保險人依本法第三十條第三項規定暫行拒絕保險給付者，暫行拒絕給付期間內之保險費仍應計算，保險對象應有之保險給付，俟欠

費繳清後再申請核退醫療費用。

第五十四之一條 投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金時，保險人得不予發給保險憑證，俟欠費繳清後再予核發。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位，或符合本法第八十七條之一情形者，不適用之。

第五十五條 保險對象重複投保者，應依第十八條、第十九條及本法第十二條規定計繳保險費。其重複繳納之保險費，投保單位或被保險人得於發生重複繳納保險費之日起五年內向保險人申請退還，逾期不予受理。

前項申請退還重複繳納之保險費，經保險人審查屬實後，於計算次月保險費時，一併結算。

第五十六條 投保單位有歇業、解散、破產宣告情事者，或積欠保險費、滯納金及利息經依法強制執行無效果者，保險人得註銷該投保單位。其應繳保險費之計算，以事實發生日為準；事實發生日不明者，以保險人查定之日為準。

前項投保單位所屬之保險對象，應即以適當身分改至其他投保單位參加本保險。

第四章 保險給付及醫療費用支付

第五十七條 保險對象持特約醫院或診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所或至特約藥局調劑。但持全民健康保險門診交付調劑之連續處方箋者，因處在偏遠地區而無法至原處方醫院、診所調劑且所在地無特約藥局時，得依保險人規定，至其他特約醫院或衛生所調劑。

第五十八條 本法第三十三條所稱轉診，指經醫院或診所轉診者。

第五十九條 保險對象至特約醫院就醫，有下列情形之一者，其應自行負擔門診費用比率按百分之二十計算：

一、經醫院或診所轉診者。

二、領有繼續治療單者。

三、領有身心障礙手冊者。

四、至中央衛生主管機關認可之家庭醫學科專科醫師訓練醫院家庭醫學科門診者。

五、醫院員工於本醫院門診者。

前項第四款家庭醫學科門診，其診數及每日門診人次上限，由保險人定之。

第六十條 保險對象接受本保險之居家照護者，其應自行負擔費用比率按百分之十計算。

- 第六十一條 保險對象未於轉診單有效期間內轉診就醫者，其應自行負擔之費用比率，依本法第三十三條未經轉診規定辦理。
醫院、診所因限於設備及專長，無法確定保險對象之病因或未能提供完整治療時，應建議其轉診，或保險對象得要求轉診。
前項轉診，醫院、診所應填具病歷摘要，交予保險對象，不得無故拖延或拒絕。
- 第六十二條 中央衛生主管機關未辦理牙醫、中醫評鑑前，保險對象未經轉診逕至醫院之牙醫、中醫部門或中醫醫院就醫者，其應自行負擔門診費用比率按百分之三十計算。但保險對象至未辦理住院診療之特約中醫醫院門診者，其應自行負擔門診費用之比率，比照特約診所規定辦理。
- 第六十三條 特約醫院依第五十九條規定辦理家庭醫學科門診及員工本人於本醫院門診業務，經查有異常情況並經糾正仍不改善者，保險人得停止該特約醫院適用第五十九條之規定。
- 第六十四條 本法第三十五條第一項及第二項所定住院日數，指當次住院日數；當次住急性病房或慢性病房不同類病房之日數，應分別計算；以相同疾病於同一醫院出院後十四日內再次住院者，其住院日數並應合併計算。
本法第三十五條第二項所定保險對象應自行負擔住院費用之最高金額，每次住院為每人平均國民所得百分之六；無論是否同一疾病，每年為每人平均國民所得之百分之十。
前項所稱每人平均國民所得，由主管機關參考行政院主計處發布之最近一年每人平均國民所得定之。
- 第六十五條 第五類被保險人依本法第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關依本法第三十七條，定期撥付保險人。
本法第八條第一項第六款第一目被保險人依本法第三十三條前段及第三十五條規定應自行負擔之費用，得由行政院國軍退除役官兵輔導委員會定期撥付保險人。
- 第六十六條 保險對象住院診療，以保險病房為準。其因暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。
- 第六十七條 主管機關依本法第三十三條第二項公告之保險對象門診應自行負擔金額，得依各級醫療院、所前一年平均門診分項費用，於同條第一項所定比率內分別訂定。
- 第六十七之一條 本法第四十九條第三項所稱藥品及計價藥材之成本，係

指保險醫事服務機構取得同類藥品及計價藥材之市場平均價格；其核算，依本法第五十一條有關藥價基準及醫療費用支付標準之規定辦理。

第五章 罰則

第六十八條 本法第六十九條所稱非可歸責於投保單位者，指下列情形之一：

- 一、經投保單位二次以書面通知應投保之被保險人辦理投保手續，被保險人仍拒不辦理，並通知保險人者。
- 二、應投保之眷屬，被保險人未向其投保單位申報者。
- 三、第三類或第六類保險對象未向其投保單位申報者。

第六十九條 保險對象所受罰鍰處分，由保險人通知保險對象或通知其投保單位轉知保險對象繳納。

第六章 附則

第七十條 主管機關或保險人依本法第十七條及第六十二條規定，派員調查有關本保險事項時，應出示服務機關之公文及其身分證明文件。

第七十之一條 主管機關每年應公告之事項如下：

- 一、依本法第三十三條所定保險對象應自行負擔費用之比率或金額。
- 二、依本法第三十五條所定保險對象同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額，及全年累計應自行負擔費用之最高金額。

保險人每年應公告之事項如下：

- 一、依本法第二十三條規定第三類保險對象適用之投保金額。
- 二、依本法第二十五條及第二十六條所定之平均保險費。
- 三、依本法第二十八條所定之眷屬人數。
- 四、依第四十一條第一項第六款所定之平均投保金額。

第七十之二條 保險人依本法第十七條及第五十二條所為之訪查、查詢、審查，必要時得委託相關團體辦理。

第七十之三條 保險人得依本法第八十一條規定，接受勞工保險保險人之委託，辦理職業災害保險之醫療給付事項。
前項受託辦理職業災害保險醫療給付之費用償付辦法，由主管機關會同中央勞工保險主管機關定之。

第七十一條 依本法第八十四條規定免課之稅捐如下：

- 一、保險人及投保單位辦理本保險所用之帳冊契據，免徵印花稅。
- 二、保險人辦理本保險所收保險費、保險費滯納金、利息及因此所承受強制執行標的物之收入，保險資金運用之收益、其他收入，免納營業稅及所得稅。

第七十二條 本細則自本法施行之日施行。
本細則修正條文自發布日施行。

三、全民健康保險醫療辦法

行政院衛生署八十四年二月二十四日衛署健保字第八四〇〇四二一〇號令訂定發布
行政院衛生署八十四年六月五日衛署健保字第八四〇二八一七四號令修正發布第十六條及第三十五條條文
行政院衛生署八十九年十二月三十日衛署健保字第〇八九〇〇三九九一七號令修正發布
行政院衛生署九十年十月二日衛署健保字第〇九〇〇〇六〇六七七號令修正發布

第一章 總 則

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第三十一條第二項規定訂定之。

第二條 全民健康保險（以下簡稱本保險保險對象）之就醫程序及保險醫事服務機構之醫療服務，依本辦法之規定；本辦法未規定者，依其他相關法令之規定。

第二章 就醫程序

第三條 保險對象至保險醫事服務機構就醫，應繳驗下列文件：

一、保險憑證。

二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。

前項第一款所稱保險憑證，於六歲以上保險對象，為其全民健康保險卡；於未滿六歲保險對象，為其兒童健康手冊。

第四條 保險對象至保險特約地區醫院、區域醫院或醫學中心門診，除繳驗前條所定文件外，並應繳交(驗)下列文件之一：

一、轉診單。

二、繼續治療單。

未繳交(驗)前項文件或文件已逾有效期限者，應依本法及其相關法令有關自行負擔費用之規定辦理。

第五條 保險對象因分娩、緊急傷病就醫，因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給保險醫療費用項目明細表及收據；保險對象於就醫之日起七日內（不含例假日）補送保險憑證或身分證件時，保險醫事服務機構應於保險憑證上補行註記就醫紀錄，並將所收保險醫療費用退還。

第六條 因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定於就醫之日起七日內補送保險憑證或身分證件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，準用本法第四十三條之規定，向保險人申請核退保險醫療費用。

第七條 保險特約醫院、診所對於需轉檢之保險對象，應交付轉檢單，供保險對象至其他保險特約醫院、診所或保險指定之醫事檢驗機構接受檢查(驗)。

- 第八條 保險特約醫院、診所於接受轉診保險對象後，應依醫療法之規定，將處理情形、建議事項或出院病歷摘要通知原診治之保險特約醫院、診所。因病情需要，須繼續在接受轉診之醫院、診所接受治療，應一併告知。對於無須繼續在該醫院、診所治療而仍需追蹤治療之保險對象，應轉回原診治之保險特約醫院、診所。
- 第九條 保險特約醫院對於該醫院出院、門診手術、急診或經轉診之保險對象須進行繼續治療時，或保險對象經診斷患有主管機關公告之疾病者，得由保險特約醫院發給繼續治療單。繼續治療單之有效期限，由醫師依病情需要定之，最長不得超過一個月。但病情需要，須延長治療期間時，得酌予延長，並定期造冊向保險人報備。
- 第十條 保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核保險對象繳交之保險憑證及身分證件等文件是否相符、保險憑證是否在有效期限內，繳交兒童健康手冊者，並應查核是否蓋妥投保單位章戳；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。
- 第十一條 保險醫事服務機構於提供診療服務或補驗保險憑證時，應於保險憑證註記就醫紀錄一次後發還；未註記者，其醫療費用保險人不予支付。
- 第十二條 保險醫事服務機構對於同一療程之診療，應於保險憑證就醫紀錄欄內註記一次，如為同一醫師併行其他診治，不得另行註記。前項同一療程，係指於一定期間施行之連續治療療程，其以六次以內治療為療程者，包括西醫復健治療、皮症照光治療、簡單傷口連續二日內之換藥、三日內同一針劑之注射、牙醫同部位之根管治療、牙結石清除、牙體復形、拔牙治療、中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定以六次以內治療為療程之診療項目；其以一個月以內治療為療程者，包括洗腎、精神疾病社區復健治療、精神科心理治療、活動治療、康樂治療、產業治療、職能治療、高壓氧治療、癌症放射線治療、化學治療，減敏治療及其他經保險人指定以一個月以內治療為療程之診療項目。
- 第十三條 保險對象辦理住院手續時，應提供保險憑證供特約醫院核對身分，特約醫院並得收繳其保險憑證，於其出院時發還；如保險對象因故請假時，特約醫院應收繳其保險憑證，以為保管。但入住慢性醫院或精神科醫院之保險對象，如因不同診療科別疾病，經診治醫師研判確須立即接受診療，而該醫院無設置適當診療科別以提供服務時，得交還保險憑證供保險對象外出門診。保險對象住院後，特約醫院應於住院之日起三日內，檢具全民

健康保險住院通知表，送保險人備查。

保險對象住院期間，該特約醫院不得以門診方式提供其醫療服務。

第十四條 保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：

一、可門診診療之傷病。

二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。

第十五條 特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用由保險對象自行負擔。

第十六條 保險對象住院後，不得擅自離院。因特殊事故必須離院者，應徵求診治醫師同意，並於病歷上載明原因及請假時數後，始得請假外出；晚間不得外宿。

未經請假即離院者，視同自動出院。

第十七條 醫師診治保險對象，其處方箋之交付，依藥事法之規定辦理；慢性病患經診斷須長期使用同一處方藥品治療時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，得開給慢性病連續處方箋。

前項慢性病範圍。

同一慢性病，以開一張慢性病連續處方箋為限。

第十七條之一 保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所調劑或至特約藥局調劑。如但持全民健康保險門診交付調劑之慢性病連續處方箋者，因故無法至原處方醫院、診所調劑，且所在地無特約藥局時，得至其他特約醫院或衛生所調劑。

第十八條 保險醫事服務機構診療保險對象有本法第三十九條或第四十一條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。

第十九條 保險對象完成診療程序後，保險醫事服務機構應依本法規定，向保險對象收取其應自行負擔之費用，並開給保險醫療費用項目明細表及其自行負擔費用之收據。

保險對象未依前項規定繳納應自行負擔之費用，保險醫事服務機構應通知其於十日內繳納；保險對象屆期仍未繳納時，保險醫事服務機構應於繳納期間屆滿之日起七日內(不含例假日)，以書面通知保險人。

第二十條 保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：

遵守本保險一切規定。

遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。

不得任意要求檢查（驗）、處方用藥或住院。
住院者，經特約醫院通知出院時，應即出院。
依規定繳交應自行負擔之費用。

第三章 醫療服務

第二十一條 診所得提供下列服務項目：

診察。
檢查（驗）。
處方藥或處方箋之給與。
治療材料之給與。
一般治療處置、復健治療及精神科治療。
門診手術。
產前、產後檢查、分娩及新生兒照護。
血液透析。
輸血。

第二十二條 牙醫診所得提供下列服務項目：

診察。
檢查。
處方藥或處方箋之給與。
治療材料之給與。
牙科治療處置。
牙科門診手術。

第二十三條 中醫診所、中醫醫院門診及醫院中醫門診得提供下列服務項目：

診察。
中藥濃縮製劑之給與。
治療材料之給與。
中醫一般治療處置、針灸治療及傷科處置。
中醫住院服務項目，由主管機關另定之。

第二十四條 醫院門診得提供下列服務項目：

診察。
檢查（驗）。
處方藥或處方箋之給與。
治療材料之給與。
一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療及牙科治療處置。
門診手術。

產前及產後檢查。

血液透析。

輸血。

第二十五條 醫院急診得提供下列服務項目：

診察及會診。

護理及急診處暫留床之提供。

檢查（驗）。

處方藥或處方箋之給與。

治療材料之給與。

一般治療處置、放射線治療、精神科治療及牙科治療處置。

手術。

血液透析。

輸血。

第二十六條 急性住院得提供下列服務項目：

診察及會診。

護理及病房之提供。

管灌飲食。

檢查（驗）。

處方藥之給與。

治療材料之給與。

一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療及牙科

治療處置。

手術。

分娩及新生兒照護。

血液透析。

輸血。

第二十七條 慢性住院得提供下列服務項目：

診察及會診。

護理及病房之提供。

管灌飲食。

檢查（驗）。

處方藥之給與。

治療材料之給與。

一般治療處置、復健治療及精神科治療。

血液透析。

第二十八條 保險對象罹患傳染病，經各級主管機關依傳染病防治法規定強制移送特約之指定醫院施行隔離治療者，其醫療費用，由

該特約醫院向保險人申報，並由中央主管機關編列預算支應。

第二十九條 保險對象經精神科專科醫師診斷確定為嚴重精神病人須強制住院而入住特約醫院者，其送醫及強制住院期間之醫療費用，由該特約醫院依精神衛生法令之規定向中央衛生主管機關申請。

第三十條 保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用其家屬、親友捐贈或捐血機構供應之血液及其製劑；所需工本材料費，由保險特約醫院、診所併入送核醫療費用，逕向保險人列報，不得向保險對象收費。

因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血及使用血液製劑，而捐血機構無庫存血液及其製劑供應時，保險特約醫院、診所得向評鑑合格醫院之血庫調用捐血機構之血液及其製劑。

保險特約醫院、診所使用前項血液或使用非第一項所定之血液，於向保險人申請費用時，應出具證明單，註明供血人姓名、國民身分證統一編號、詳細住址、血型及供血數量等資料。

第三十一條 保險對象裝配義肢，以收載於全民健康保險醫療費用支付標準之義肢品項為原則；其自願裝配之義肢，超出本保險給付之費用部分，由保險對象自行負擔。

保險對象義肢裝配之種類、給付範圍、次數、申請程序及給付限制。

保險對象住院，以保險病房為準；其暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。

特約醫院應優先提供保險病房，若限於保險病房使用情形，無法提供保險病房時，應經保險對象同意，

始得安排入住非保險病房，並應事先告知其應自付之病房費用差額；其後保險病房有空床時，特約醫院並應依保險對象之請求，將其轉入保險病房，不得拒絕。

保險對象不同意自付病房費用差額者，特約醫院應為其辦理轉院或另行排定及通知其入住保險病房。

第三十三條 本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。

第三十四條 本保險給付之藥品，以記載於全民健康保險藥價基準及保險人依其規定核准新增之品項為限。

第三十五條 本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量；對於慢性病人，按病情需要，一次得給予三

十日以內之用藥量。

第四章 居家照護

- 第三十六條 保險醫事服務機構之醫師、護理人員得提供下列居家照護服務項目：
- 訪視及診察。
 - 治療材料之給與。
 - 一般治療處置。
 - 呼吸、消化與泌尿系統各式導管及造口之護理。
 - 代採檢體送檢。
 - 有關病人護理指導及服務事宜。
- 依本保險支付之照護費用，保險醫事服務機構不得重覆向保險對象收取。
- 第三十七條 提供居家照護服務之機構，以經衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫療或護理機構為限。
- 第三十八條 提供居家照護服務所需之交通費，非屬本保險給付範圍。

第五章 藥事服務

- 第三十九條 保險對象得持保險特約醫院、診所開立之處方箋或慢性病連續處方箋，前往藥局調劑藥品。
- 前項處方箋以交付調劑一般藥品處方箋及管制藥品管理條例所規定之第一級至第三級管制藥品專用處方箋併用時，應分別開立，並同時持二種處方箋至同一藥局調劑。
- 第四十條 保險對象至保險特約藥局調劑藥品，應繳驗下列文件：
- 保險憑證。
 - 保險特約醫院、診所醫師開立之處方箋或慢性病連續處方箋。
- 第四一條 本保險處方箋有效期間為三日，慢性病連續處方箋有效期間為三個月，自處方開立之日起算；逾期保險醫事服務機構不得調劑，亦不得申報此項藥事服務費及藥費。
- 慢性病連續處方箋之總調劑日份至多為九十二日；同一處方箋，得分次調劑；每次調劑之用藥量，依第三十五條之規定。
- 第四十二條 調劑處方之流程，應包含下列步驟：
- 處方確認：包括病人姓名、性別、年齡、保險資格、處方醫師之姓名、住址、電話、醫師證書與執業執照號碼及開立處方日期等事項。
 - 處方查核：包括疾病名稱、藥品名稱、用法、用量、天數、劑型、劑量及配伍禁忌等事項。

藥品調配：包括書寫藥袋及標籤，並依處方內容調配。

核對藥品及交付藥劑：包括核對藥品、用法、用量、給藥途徑及使用指示等事項，並交付藥劑予保險對象。

用藥指導：指導保險對象服用方法、儲存方法、藥品之副作用及應行注意事項。

處方調劑完成後，應於處方箋簽註調劑日期及簽名，並依規定保存。

第四十三條 保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前七日內，始得憑原處方箋再次調劑。

前項保險對象如預定出國超過一個月，得於領藥時出具機票等證明文件，先行領取下個月之用藥量。但當次之全部給藥量以二個月為限。

第四十四條 藥品之處方，醫師如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥品價格之同成分、同劑型、同劑量其他廠牌藥品替代。

第四十五條 為保障保險對象用藥安全，藥劑之容器或包裝上應載明保險對象姓名、性別、藥品名稱、數量、天數、劑量、服用方法、藥局地點、名稱、調劑者姓名及調劑年、月、日等資料。

第六章 附 則

第四十六條 保險人應評估保險對象醫療服務利用情形，對於就醫頻繁或利用率異常者，得依其病情由特定醫事服務機構給予適當之治療。

第四十七條 本辦法所定書表格式，由保險人定之。

第四十八條 本辦法自發布日施行。

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

- 第一條 本辦法依全民健康保險法（以上簡稱本法）第五十五條第二項規定訂定之。
- 第二條 中央健康保險局（以下簡稱保險人）為辦理全民健康保險（以下簡稱本保險）業務，依本辦法特約或指定下列保險醫事服務機構，以提供保險對象適當之醫療保健服務。
- 一、特約醫院及診所。
 - 二、特約藥局。
 - 三、保險指定醫事檢驗機構。
 - 四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。
- 第三條 依醫療法規定經核准設立之醫院、診所，得申請為本保險之門診特約醫院、診所。
- 第四條 新設立未及參加評鑑之醫院，由保險人依醫院評鑑標準專案認定之；但於中央衛生主管機關辦理醫院評鑑時，應即參加評鑑。屆時未參加評鑑或經評鑑不合格者，應終止其辦理住院診療業務。
- 第五條 特約藥局、保險指定醫事檢驗機構及其他經主管機關指定之特約醫事服務機構之特約或指定要件，另依主管機關規定辦理。
- 第六條 醫事服務機構，有下列情形之一者，不予特約：
- 一、違反醫療管理相關法規，受停業處分期限尚未屆滿，或受罰鍰處理尚未繳清罰鍰者。
 - 二、違反本保險相關法規，受停止特約或終止特約期限尚未屆滿，或受罰鍰處分尚未繳清罰鍰者。
- 第七條 醫事服務機構申請特約，應檢具下列文件：
- 一、申請書。
 - 二、申請特約辦理住院診療業務之醫院，除新設立者外，應檢附評鑑等級證明文件。
 - 三、其他經保險人指定之文件。
- 前項第一款申請數內之醫事服務機構基本資料表，應經當地衛生主管機關查驗核章。
- 第八條 保險人對於醫事服務機構特約之申請，經審查合格者，應依其申請核定其特約類別，據以特約。
- 經審查合格之醫事服務機構應與保險人辦理簽約手續。
- 第九條 特約醫院經衛生主管機關核准設立之分院或門診部，應依本辦法規定，另行特約。
- 第十條 本法第三十五所稱急性病房，指設一般病床、特約病床及急性精神病床之病房；其設置標準，依醫療機構設置標準之規定

- 第十一條 本法第三十五條所稱慢性病房，指一般慢性病床、結合病床、癩病病床及慢性精神病床之病房；其設置標準，依醫療機構設置標準之規定。
- 第十二條 特約醫院之病床，應經當地衛生主管機關核准登記設置。
- 第十三條 本法第五十七條所保險病房，指特約醫院提供保險對象住院診療未收取病房費差額之病房。
急性病房、慢性病房除下列病床得收取病房費差額外，其餘病床及本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得收取病房費差額：
一、急性病房：每病室設二床以下之病床。
二、慢性病房：每病室設一床之病床。
- 第十四條 特約醫院保險病房之病床數，應占其總並床之比率如下：
一、醫學中心：公立醫院應占百分之六十五以上；私立醫院應占百分之五十以上。
二、區域醫院：公立醫院應占百分之七十以上；私立醫院應占百分之五十五以上。
三、地區醫院：公立醫院應占百分之七十五以上；私立醫院應占百分之六十以上。
非屬前項之公立醫院會或私立醫院者，其比率適用私立醫院之規定。
第一項所定之比率，按其急性病房、慢性病房之總病床分別計算。急性病房總病床數之計算，包括一般病床、加護病床、燒燙傷及急性精神病床；慢性病房總病床數之計算，包括一般慢性病、慢性精神病床、結核病床及癩病病床。
特約醫院保險病房不符第一項規定之比率者，其病房在本法施行前設置，且屬因硬體設施無法立即改善之情形，得向保險人提出硬體設施改善計劃，由保險人依其改善計劃另行核定其比率。
- 第十五條 保險醫事服務機構，應將全民健康保險醫事服務機構標誌懸掛於明顯處。
- 第十六條 保險醫事服務機構，申請本保險醫療費用，應依保險人所規定之階段性時程，採行電子資料申報作業。
- 第十七條 特約醫院及診所，申請辦理本保險血液透析業務，應依保險人規定之時程，設置相關電腦設備。
- 第十八條 特約醫院及診所，申請辦理本保險預防保健服務，應有保險人規定之醫事人員及其相關設備。
前項醫事人員，應經當地衛生主管機關核准登記。

- 第十九條 特約診所，申請辦理本保險分娩業務，應經當地衛生主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室者，不得實施剖腹產手術。
- 第二十條 醫事服務機構，申請辦理本保險居家照護業務，應經衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目。
- 第二十一條 特約醫院及診所，不得擅自派醫師至投保單位為保險對象提供門診診療，或假藉義診名義招攬病人。
- 第二十二條 病歷記載應清晰、詳實、完整。特約醫院病歷管理，應製作各種索引及統計分析。
- 第二十三條 特約醫院及診所，對保險對象門診及住院診療之症狀與病情變化之診斷、醫事檢驗、病理檢查、手術所見及處方等，應於病歷詳細記載，傷害事故，並應載明病人主訴之發生原因及時間。
- 第二十四條 保險醫事服務機構，對保險對象收取其應自行負擔之費用，應掣給醫療費用項目明細表及收據。
- 第二十五條 特約醫院及診所，不得無故拒絕收治療保險對象，並不得向保險對象收取保證金。
- 第二十六條 保險醫事服務機構，於本保險給付範圍內，所需之藥劑、治療材料或自費檢查及收取費用，並不得應保險對象之要求，而予處方、用藥、檢驗及申報費用。
- 第二十七條 保險醫事服務機構，依本保險提供醫療保健服務之有關帳冊、簿據所載，應向保險人申請者相符，並應保存五年。
- 第二十八條 保險醫事服務機構，因停業，或負擔醫事人員因故不能執行業務三十日以上者，應於事實發生之日起十日內，報請保險人備查。
- 第二十九條 保險醫事服務機構，依第七條所提供文件，若內容有變動，應於三十日內憑當地衛生主管機關核准變更登記證明向保險人備查。
保險醫事服務機構，其醫療設施或醫事人員減少至足以影響其特約類別者，保險人得查明事實，重新核定其特約類別。
- 第三十條 特約醫院之醫院評鑑合格有效期間屆滿時，保險人應依重新評鑑結果，自生效日起另行核定其特約類別。
- 第三十一條 保險醫事服務機構特約期間為三年；期滿符合下列條件之一者，得依本辦法規定續約之：
一、約期間未受糾正者。
二、約期間曾受糾正，經查確已改善者。
三、約期間曾受停止特約，期滿後經審查確已改善者。

四、本法規定受罰鍰處分，其罰鍰業經繳清者。

五、有第六條所定情事之一者。

特約診所及特約藥局之負責醫事人員，應於特約期間接受七十二小時之繼續教育，始得續約。

第三十二條 保險醫事服務機構，有下列情事之一者，保險人應予糾正：

一、依醫療法或本保險相關法規辦理轉診業務者。

二、反第十四條至第十七條，第二十一條至第二十八條或第二十九條第一項規定者。

三、未依本保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件者。

四、保險因尚未領到保險憑證，或分娩、緊急傷病就醫及攜帶保險憑證，經自費就醫後，於七日內補送保險憑證時，未依本保險醫療辦法規定，將所收之保險醫療費用退還，且於保險醫療辦法規定，將所收之保險醫療費用退還，且於保險憑證上補蓋戳記者。

五、未依本保險醫療辦法規定，收繳住院保險對象之保險憑證，或未於保險對象住院次日內檢具全民健康保險住院通知表達保險人備查者。

六、未依本保險醫療辦法規定，辦理保險對象之住院及住院期間之請假、離院者。

七、其他經保險人通知應改善而未改善者。

第三十三條 保險醫事服務機構，有下列情事之一者，保險人應扣罰其二倍之醫療費用：

一、依照處方箋給藥者。

二、依醫療診斷逕行給藥者。

三、方箋之處分與病歷記載不符者。

四、未記載病歷，申報醫療費用者。

第三十四條 保險醫事服務機構，於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別會服務項目停止特約一至三個月：

一、違反本法第五十八條、第六十二條規定，經保險人分別處罰三次後，再有違反者。

二、依第三十二條規定受糾正三次後，再有同條規定情事之一者。

三、經扣罰醫療費用三次後，再有前條規定情事之一者。

四、為招攬病人，而未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用者。

五、收治非保險對象，而以保險對象之名義，申請醫療費用

者。

六、牽註保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養或其他物品，經保險人予以糾正後，再有違反者。

七、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申請醫療費用，且情節重大者。

八、拒絕對保險對象提供適當醫療服務，且情節重大者。

九、未配合辦理保險人或衛生主管機關為提升醫療服務品質所定之相關規定及計劃，且情節重大者。

第三十五條 保險醫事服務機構，有下列情事之一者，應予終止特約：

一、依前條規定受停止特約，再有前條規定情事之一者。

二、依本法第七十二條規定，經移送司法機關判決確定有罪者。

三、因違反醫療管理相關法規，經衛生主管機關停業或撤銷開業執照處分者。

四、容留未具醫師資格人員為保險對象診療或處方者。

五、容留未具藥事人員或醫事檢驗人員資格之人員為保險對象調劑或檢驗者。

六、因歇業註銷開業執照者。

依前項第一款第五款規定，受終止特約者，自終止特約之日起一年內，不得申請特約。

第三十六條 受停止特約依前條第一項第一款第五款規定，受終止特約之保險醫事服務機構，其負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間或終止特約之日起一年內，至其他保險醫事服務機構，對保險對象提供之醫療保健服務，不予給付。

第三十七條 保險醫事服務機構，依本辦法規定申請特約或續約，不服保險人不予特約或續約；或不服保險人依本辦法所為之糾正、停止特約或終止特約者，得於收受通知後十日內，以書面提出異議，申請複核，但以一次為限。

保險人應於接到前項異議書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變或撤銷原通知。

第三十八條 特約醫院及診所，辦理保險對象轉診事宜，應符合醫療需要；其接受轉入或辦理轉出之業務，涉及不正當行為者，依醫事相關法令規定辦理。

第三十九條 保險醫事服務機構，違反本法或本辦法規定者，除分別依規定處理外，其涉有違反醫事法規者，保險應移請當地衛生主管機關處理。

第四十條 保險人對保險醫事服務機構之特約及管理，得派員實地訪查。

第四十一條 本辦法自本法施行之日施行。

五、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法

(民國 91 年 03 月 22 日 修正)

第一章 總則

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第五十二條規定訂定之。

第二條 保險人為審查保險醫事服務機構提供全民健康保險（以下簡稱本保險）醫療服務項目、數量、適當性及品質，依本辦法規定辦理審查，並據以核付費用。

保險人辦理前項醫療服務審查，應組成醫療服務審查委員會（以下簡稱審查委員會），必要時得委由相關醫事機構或團體辦理。

第三條 本辦法所稱醫療服務審查包括醫療服務申報及支付、程序審查及專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。

前項所稱醫療服務申報及支付包括醫療服務點數申報、暫付、抽樣、核付及申復等程序。

第二章 醫療服務申報及支付

第四條 保險醫事服務機構向保險人申報醫療服務點數應檢具下列文件：

- 一、醫療服務點數申報總表。
- 二、醫療服務點數清單。
- 三、醫療服務醫令清單。

前項文件應於申報時一併提供，文件不完整或填報錯誤者，保險人應敘明理由通知更正後受理，並於階段時程採電子資料申報。為醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構須於保險人通知後提供。

第五條 保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月二十日以前檢附前條第一項所列文件，向保險人申報醫療服務點數。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以連線或媒體申報，並於次月五日及二十日前檢送醫療服務點數申報總表。

第六條 保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。

保險醫事服務機構申報之醫療服務點數，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十三條、第三十四條及第三十五條規定之情事者，自保險人受理申報醫療服務案件、申復案件之日起逾二年者，保險人不應追扣。

對於支付標準及藥價基準有明確規範，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，但不得回推放大，其經審查核減之同一部分不得重覆核扣。

第七條 保險醫事服務機構如期申報之醫療服務點數，無第四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，暫付九成。
- 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（略）。
- 三、暫付金額依每點以一元計算，計算至百元，百元以下不計。實施總額預算部門之受委託單位得擬訂每點暫付金額訂定原則，由保險人報請主管機關核定後公告，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服務點數，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於下次應撥付醫療服務費用中抵扣，如醫療服務費用不足抵扣者，保險人應予追償。

第八條 保險醫事服務機構於第五條規定期限內申報，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。

前項如期申報之申報文件，有第四條第二項情形須更正者，保險人應於期限內（電子資料申報者自受理日起十日內；書面申報者自受理日起二十日內）通知保險醫事服務機構。自保險人通知日起，保險醫事服務機構於十日內補正者，保險人依規定辦理暫付事宜。

暫付日期之計算以補正資料送達日起算。保險人通知日及保險醫事服務機構補正日之計算均含例假日。

第九條 保險醫事服務機構未依第五條規定期限申報者，申報當月不予暫付，其無正當理由者，並列為異常案件之審查。延遲申報超過三十日者，保險人不受第十條第一項所訂核付期限之限制。

第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療服務案件，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。

實施總額預算部門之保險醫事服務機構，以最近一季結算每點支付金額計算，未有結算每點支付金額者，暫以每點一元計之。但其受委託單位得擬訂每點核定金額訂定原則，由保險人報請主管機關核定後公告。

保險醫事服務機構申報醫療服務點數，有第四條第二項情事須更正者，其六十日核付自資料補正送達日起算。

保險人依第四條第三項規定，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通知日起七日內（不含例假日）完成，逾期補件依其補件送達日起六十日內辦理核付。

第十之一條 實施總額預算部門之保險醫事服務機構，申報之醫療服務點數其每點支付金額之計算，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服務點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。

第十之二條 實施總額預算部門之保險醫事服務機構，有自行停止或終止特約者，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算金額保留一成款項，俟每點支付金額結算後，辦理結清。

第十一條 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、已暫付之門診醫療服務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、已暫付之住院醫療服務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。

第十二條 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範圍內停止暫付及核付：

- 一、停止特約、終止特約或暫停辦理醫療服務者。
- 二、虛報、浮報醫療服務點數，經檢察官起訴或法院判決者。
- 三、特約醫院、診所涉有容留未具醫師資格人員為保險對象診療、處方，經保險人訪查事證明確或檢調單位偵（調）查中者。
- 四、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，經保險人訪查事證明確或檢調單位偵（調）查中者。

第十三條 保險醫事服務機構因涉有虛報、浮報醫療服務點數，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

第十四條 保險醫事服務機構醫療服務申報資料，保險人應依下列項目進行程序審查：

- 一、保險對象之資格。
- 二、保險給付範圍之核對。
- 三、保險支付標準及藥價基準正確性之核對。
- 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之初審。
- 七、事前審查案件之核對。
- 八、其他醫療服務申報程序審查事項。

保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，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。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申請補正，經查證屬實且符合本法相關規定者得予支付。

第十五條

保險醫事服務機構申報醫療服務案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之服務，並註明不予支付內容及理由。

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、因診療行為引發之非必要連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與保險支付標準規定不符。
- 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師認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 一〇、用藥份量與病情不符或有重複。
- 一一、未依臨床常規選用非第一線藥物。
- 一二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
- 一三、適應症不符，不應申報論病例計酬案件。
- 一四、論病例計酬案件醫療品質不符專業認定。
- 一五、論病例計酬案件有不當移轉至他次門、住診施行。
- 一六、論病例計酬案件不符出院條件。
- 一七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

第十六條

保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，保險人得採抽樣方式進行專業審查。

抽樣以隨機抽樣為原則，其抽樣及回推方式詳如附表二（詳見本書 P.51），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服務案件進行分析，於

回饋分析資料後依分析結果，增減隨機抽樣比率或免除抽樣審查。

保險人、保險醫事服務機構得經協商，以某一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之計算基礎。

第十七條 (刪除)

第十八條 專業審查由審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員依相關法令規定辦理，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，審查醫師、藥師等醫事人員審查醫療服務案件，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫師、藥師等醫事人員審查，或提審查會議審查。

第十九條 審查委員會審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員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。

第四章 事前審查

第廿條 保險人應依本保險支付標準及藥價基準規定辦理事前審查。

對於高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品，保險人應就主管機關核定後公告之項目辦理事前審查。

保險醫事服務機構應依前二項規定申報事前審查。

第廿一條 保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：

一、事前審查申報書。

二、足供審查判斷之病歷及相關資料。

三、前條第一項及第二項應事前審查項目規定之必備文件資料。前項第一款事前審查申報書如附表三(略)。

第廿二條 保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。

第廿三條 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。

第廿四條 依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申報或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。

事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

第五章 實地審查

- 第廿五條 保險人為增進審查效能；輔導保險醫事服務機構醫療服務品質，得進行實地審查。
前項實地審查係指保險人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服務點數項目之服務內容，進行審查。
第一項之實地審查，保險人得邀請相關醫事團體代表陪同。
- 第廿六條 保險人依前條規定赴特定保險醫事服務機構進行實地審查，應事先函知，並由受訪視機構派員陪同或於訪視當時洽該機構人員陪同。
- 第廿七條 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。
- 第廿八條 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，並依本法相關規定加強審查、核減費用及移送稽核。

第六章 檔案分析

- 第廿九條 保險醫事服務機構醫療服務點數申報資料，保險人得針對醫事服務機構別、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，予以輔導改善，經輔導並於一定期間未改善者，保險人得採立意抽樣審查、加重審查或全審，必要時得移請稽核。
- 第三十條 保險醫事服務機構醫療服務點數申報資料，經保險人檔案分析審查，符合不予支付指標者，其申報費用，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

- 第三一條 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，列舉理由申復，保險人應於受理申復文件之日起六十日內核定。
前項核定日期之計算，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。

第一項之申復案件不得交由原審查醫師、藥師等醫事人員複審，必要時得會同原審查醫師、藥師等醫事人員說明。

第一項之申復案件，保險人不得再就同一案件追扣其費用。

第三二條

實施總額預算部門，其保險醫事服務機構對申復案件審查結果有異議且符合再議條件時，得於申復結果送達日起十五日內，申請再議一次，保險人應於受理再議文件之日起四十五日內核定。

前項再議案件，保險人得委由該總額受委託團體辦理之。

第一項之再議條件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。

第三三條

本辦法所需書表格式，由保險人定之，書表格式如有修正時，保險人應於實施前一個月公告。

第三四條

本辦法自發布日施行。

醫療服務案件抽樣及回推方式

一、保險醫事服務機構申報醫療服務案件採隨機抽樣者，依下表之抽樣分類、抽樣類別及抽樣件數辦理。

抽樣分類	抽樣類別	抽樣件數				備註
		申報件數	抽樣率	調整數	樣本數	
門診	西醫	1~10000	1/50	0	1~200	一、西醫：醫院則分為慢性病及其他二類。診所不分行。 二、各抽樣類別之最少抽樣件數 20 件。
		10001 以上	1/100	100	201 以上	
	中醫	1~1000	1/10	0	1~100	
	牙醫	1001 以上	1/20	50	101 以上	
住院	內科系					一、左列各科系含括科別如下： 內科系：內科、家庭醫學科、神經科、放射線科、核醫科、結核科、洗腎科等。 外科系：外科、神經外科、整型外科、麻醉科、病理科。 小兒科系：小兒科 婦產科系：婦產科 骨科系：骨科、復健科 其他科系：泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科、牙科、中醫 二、各抽樣類別之最少抽樣件數 10 件
	外科系					
	小兒科系	1~999	1/10	0	1~100	
		1000~2999	1/20	50	100~200	
	婦產科系	3000~5999	1/30	100	200~300	
		6000 以上	1/50	180	301 以上	
	骨科系					
	其他科系					

二、下列醫療服務案件不列入抽樣審查案件：

- (一)門診：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、一般案件（案件分類：01、11、21）、論病例計酬案件（案件分類 c1）及愛滋病案件。
- (二)住院：高額、特定醫療案件（案件分類 3）及論病例計酬案件（案

件分類 2)。

(三)醫療服務案件經電腦行政審查需整件核減者。

三、核算公式：

(一)核減金額之計算：

1. 依第十四條所列程序審查項目經審查不符規定者，其核減金額不回推計算。
2. 各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、住診少於十件，該抽樣類別單獨計算核減金額(即為全審不回推)，不併入計算回推核減率。
3. 其他符合最少抽樣件數之抽樣類別，其核減金額之計算方式：

(1) 抽審案件核減金額之極端值案件數 N，門診以全部抽審案件數之 6%、住診以全部抽審案件數之 10%計算(四捨五入)。

(2) 所有核減金額由高至低排列，其極端值案件之核減金額分別為 M1(合計金額 T1)、M2(T2)、M3(T3)..... Mn(Tn)，於計算核減率時所佔之權重依序為 1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、.....、N/(N+1)。

(3) 核減率之計算方式：

$$\text{核減率} = \frac{\sum (Mn) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減金額})}{\sum (Tn) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減金額})}$$

(4) 極端值未參與之合計金額 = $\sum (Tn) [(N+1-n) / (N+1)]$

極端值未參與之核減金額 = $\sum (Mn) [(N+1-n) / (N+1)]$

4. 總核減金額

= [(總核計金額) - (極端值未參與之合計金額)] × (核減率)
+ (極端值未參與之核減金額) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減金額) + (不列入抽樣審查案件核減金額)

(二) 申復或爭議審議，補付金額之計算：

(抽樣樣本極端值案件參與之核減金額) + (抽樣樣本非極端值案件核減金額)

$$1. \text{補付率} = \frac{\text{(抽樣樣本極端值案件參與之核減金額)} + \text{(抽樣樣本非極端值案件核減金額)}}{\text{(極端值申復案件參與之補付金額)} + \text{(非極端值申復案件補付金額)}}$$

2. 抽樣審查案件補付金額

= {[(總核計金額) - (極端值未參與之合計金額)] × (核減率)}
× 補付率

3. 總補付金額

= (抽樣審查案件補付金額) + (極端值未參與之補付金額) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付金額) + (不列入抽樣審查案件補付金額)

(三) 核減率(補付率)計算至小數點第四位，第五位四捨五入。

(四) 門診之西醫、中醫、牙醫單獨計算。

四、各分局得分層級選定轄區 10%特約醫療院所，經評估各月份之平均費用、費用成長率、件數成長率等指標控管良好，核減率維持穩定較低者，其醫療費用專業審查部分，得三個月抽審一次，其餘二個月得免送專業審查。惟若該層級之院所家數過少時，得由分局依各項指標選定自我控管良好者洽定。

五、回推方式：

1.總核減金額

總核減金額	$\{[(\text{總合計金額}) - (\text{極端值未參與之合計金額})] \times (\text{核減率}) + (\text{極端值未參與之核減金額}) + (\text{案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減金額}) + (\text{不列入抽樣審查案件核減金額})\}$
案件數之計算	1.抽審案件核減金額之極端值案件數N，門診以全部抽審案件數之6%、住診以全部抽審案件數之10%計算(四捨五入)。 2.所有核減金額由高至低排列，其極端值案件之核減金額分別為M1(合計金額T1)、M2(T2)、M3(T3)、...、Mn(Tn)，於計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、...、N/(N+1)。
極端值未參與之合計金額	$\sum (T_n) \{[(N+1-n) / (N+1)]\}$
核減率	$\frac{\sum (M_n) \{n / (N+1)\} + \sum (\text{其他非極端值案件之核減金額})}{\sum (T_n) \{n / (N+1)\} + \sum (\text{其他非極端值案件之合計金額})}$
極端值未參與之核減金額	$\sum (M_n) \{[(N+1-n) / (N+1)]\}$
備註	1.依第十四條所列程序審查項目經審查不符規定者，其核減金額不回推計算。 2.各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、住診少於十件，該抽樣類別單獨計算核減金額(即為全審不回推)，不併入計算回推核減率。 3.核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 4.總核減金額，西醫、中醫、牙醫單獨計算。

2. 申復或爭議審議總補付金額

總補付金額	(抽樣審查案件補付金額) + (極端值未參與之補付金額) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付金額) + (不列入抽樣審查案件補付金額)
補付率	$\frac{(\text{極端值申復案件參與之補付金額}) + (\text{非極端值申復案件補付金額})}{(\text{抽樣樣本極端值案件參與之核減金額}) + (\text{抽樣樣本非極端值案件核減金額})}$
抽樣審查案件 補付金額	$\{[(\text{總合計金額}) - (\text{極端值未參與之合計金額})] \times (\text{核減率})\} \times \text{補付率}$
備註	<p>1. 補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。</p> <p>2. 總補付金額，西醫、中醫、牙醫單獨計算。</p>

六、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法

(民國 89 年 08 月 30 日 修正)

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第四十三條規定訂定之。

第二條 全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：

- 一、本保險施行區域內，因緊急傷病不克前往本保險醫事服務機構就醫，必須於附近非保險醫事服務機構急救者。
- 二、本保險施行區域內，因情況緊急不克前往本保險醫事服務機構分娩，必須於非保險醫事服務機構分娩，或延請合格醫師或助產士接生者。
- 三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。

第三條 前條第一款所稱之緊急傷病醫療範圍如下：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
 - 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
 - 三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
 - 四、急性中毒或急性過敏反應者。
 - 五、突發性體溫不穩定者。
 - 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
 - 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
 - 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
 - 九、精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- 一〇、重大意外導致之急性傷害。
- 一一、生命癥象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。
 - 一二、應立即處理之傳染病，但不包括依法由政府編列預算支應者。
 - 一三、二天連續假日期間發生之突發性病痛或創傷。

第四條 （刪除）

第五條 保險對象申請核退醫療費用，應自急診、門診治療當日或出院之日起六個月內辦理，逾期不予核退。但遠洋漁船船員得自出海作

業返國之日起六個月內提出申請。

第六條 保險對象合於第二條規定之醫療費用，依下列標準予以核退：

- 一、發生於本保險施行區域內之核退案件，由保險人依本保險醫療費用審查、支付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。
- 二、發生於本保險施行區域外之核退案件，由保險人核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫學中心急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用標準者，其超過部分不予給付。屬保險人所訂論病例計酬或定額給付案件，申請費用高於本保險支付特約醫學中心之費用標準者，亦同。

前項有關核退費用之標準，由保險人定期公告之。

第七條 保險對象於申請核退醫療費用時，應檢具下列書據由投保單位向其所在地之中央健康保險局分局申請：

- 一、醫療費用核退申請書。
- 二、醫療費用收據正本及費用明細，其收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信負責證明與原本相符之影本並註明無法提出原本之原因。
- 三、診斷書或證明文件，如為外文文件時，應檢附中文翻譯。
- 四、保險對象於本保險施行區域外遭遇傷病或分娩，應出具當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。
- 五、遠洋漁船船員應出具身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。

第八條 計算核退本保險施行區域外遭遇傷病或分娩之醫療費用時，有關外幣兌換匯率基準日，以申請日之該外幣平均兌換匯率計之。

第九條 申請核退醫療費用之案件，保險人應於受理之日起三個月內完成核定，並將核定結果通知保險對象或其法定代理人。

下列期間不予計入前項處理期限：

- 一、所附證件不齊經保險人通知補件者，自通知補件之日起至補件送達之日止。
- 二、基於審核需要經保險人向醫事服務機構調閱病歷者，自通知調閱之日起至病歷送達之日止。

第十條 保險人為辦理醫療費用核退業務，對各項證件得向有關機關查證，如發現有不實情形，除不予給付外，並得依法移送有關機關辦理。

第十一條 本辦法自本法施行之日施行。
本辦法修正條文自發布日施行。

七、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點

- 一、保險對象因特殊情況於保險醫事服務機構自墊醫療費用就醫者，其費用之核退，依本要點辦理。
- 二、本要點所稱特殊情況，指符合下列情形之一者：
 - (一) 未依全民健康保險法（以下簡稱本法）規定投保，而依本法第六十九條之一規定處以罰鍰及暫不予保險給付，於暫不予保險給付期間，在保險醫事服務機構自墊醫療費用就醫，並已繳清罰鍰及保險費者。
 - (二) 依本法第三十條第三項規定，經暫行拒絕保險給付，於暫行拒絕保險給付期間，在保險醫事服務機構自墊醫療費用就醫，並已繳清保險費及滯納金者。
 - (三) 未依本法第三十三條及第三十五條規定繳納應自行負擔之費用，經暫行拒絕保險給付，於暫行拒絕保險給付期間，在保險醫事服務機構自墊醫療費用就醫，並已繳清其應自行負擔之費用者。
 - (四) 符合全民健康保險醫療辦法第六條規定，未及於就醫日起七日內向保險醫事服務機構補送保險憑證者。
 - (五) 依本法第三十五條第二項及其施行細則第六十四條第三項規定，每年應自行負擔之住院費用，超過最近一年每人平均國民所得之百分之十者。
 - (六) 符合本法第三十六條重大傷病者，於住院期間死亡或因不可歸責因素，未及於住院期間提出申請，並已付該次住院部分負擔費用者。
- 三、保險對象符合第二點第一款至第四款及第六款規定者，應檢具下列書據，交由投保單位向中央健康保險局（以下簡稱健保局）轄區分局申請核退醫療費用：
 - (一) 全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退申請書。
 - (二) 醫療費用收據正本及費用明細。
 - (三) 戶口名簿影本或出生證明書。（生育案件檢附）
 - (四) 出院病歷摘要。（住院案件檢附）
- 四、保險對象符合第二點第五款規定者，應檢具下列書據，逕向其所屬投保單位所在地之健保局分局申請核退醫療費用：
 - (一) 全民健康保險全年住院部分負擔超過法定上限核退申請書及其附表四。

- (二) 醫療費用收據正本及費用明細。(內含住院費用部分負擔金額)
- 五、保險對象符合第二點規定之特殊情況者，應依下列規定期限內辦理核退，逾期不予受理：
- (一) 符合第二點第一款至第三款規定者，應於欠費繳清之日起六個月內申請核退。
 - (二) 符合第二點第四款規定者，應於急診、門診治療當日或出院之日起六個月內申請核退。
 - (三) 符合第二點第五款規定者，應於次年六月底前申請核退。
 - (四) 符合第二點第六款規定者，該次住院之部分負擔費用應於出院之日起六個月內申請核退。
- 六、健保局對於申請醫療費用核退案件之核退標準，依本保險醫療費用審查及支付等有關規定辦理。
- 七、健保局對於申請醫療費用核退案件之核退費用一經核定，即以正本通知保險對象或其法定代理人；如為符合第二點第一款至第四款規定之核退案件者，並副知其投保單位。
- 八、健保局為辦理醫療費用核退案件，得向有關單位查證或洽取與核退案件有關之文件資料；如發現有不實情形，除醫療費用不予核退外，並得依法移請有關機關處理。
- 九、本要點自本法施行之日起施行。
本要點修正條文自修正公告之日起施行。

八、全民健康保險爭議事項審議辦法

(民國 90 年 03 月 26 日 修正)

第一章 總則

第一條 本辦法依全民健康保險法第五條第二項規定訂定之。

第二條 被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就下列全民健康保險事項所為之核定案件（以下簡稱權益案件）發生爭議時，應先依本辦法規定申請審議：

- 一、關於保險對象之資格及投保手續事項。
- 二、關於被保險人投保金額事項。
- 三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。
- 四、關於保險給付事項。
- 五、其他關於保險權益事項。

保險醫事服務機構對保險人就醫療費用事項及特約管理事項所為之核定案件（以下簡稱醫療費用案件及特約管理案件）發生爭議時，得經雙方約定，先依本辦法規定申請審議。

第二章 審議程序

第一節 審議之提起及審議決定

第三條 審議之申請，以被保險人、投保單位及保險醫事服務機構為申請人。

被保險人眷屬發生爭議事項時，應由被保險人申請審議。

投保單位得依其所屬被保險人之請求，代為辦理前二項之申請。

第四條 申請人申請審議，應於保險人核定通知文件達到之次日起六十日內，填具全民健康保險爭議審議申請書（以下簡稱申請書）一式三份，並檢附原核定或複核通知文件影本及相關文件資料，向全民健康保險爭議審議委員會（以下簡稱爭審會）提起之。

第五條 審議之申請，以爭審會收受申請書之日期為準；其以掛號郵寄方式申請者，以交郵當日之郵戳為準。

因不可歸責於申請人之事由致遲誤申請審議期間者，申請人得於原因消滅後十日內，以書面敘明遲誤原因，申請回復原狀。但遲誤申請審議期間已逾一年者，不得為之。

申請回復原狀，應同時補行期間內應為之申請審議行為。

第六條 申請人申請審議後，於審議決定（以下簡稱審定）前，得撤回之；其經撤回後，不得就同一爭議之事實再行申請審議。

第七條 申請審議未附申請書或申請書不合法定程式，而其情形可補正者，應通知申請人於二十日內補正。

前項補正有正當理由者，得於二十日期間屆滿前，申請延期。

第八條 爭審會對合於程式之權益案件或特約管理案件，應將申請書二份函送保險人提意見書；對合於程式之醫療費用案件，認為必要時，亦同。

保險人應於收文之次日起一個月內提出意見書，連同必要資料一併檢送爭審會。但保險人認為申請審議有理由時，得依申請事項重新核定，逕行通知申請人，並副知爭審會。

第九條 爭議案件之審議，得指定委員先行初審，作成初審意見後，提委員會議決之；涉及專業技術或係大量發生者，其初審並得委請相關科別醫師或專家協助之。

第十條 爭議案件以書面審議為原則。必要時，得委託有關機關或學術機構進行鑑定，並於審議時列席說明。

第十一條 爭審會主任委員或委員對於爭議案件有利害關係者，應行迴避，不得參與審議。

第十二條 爭審會對爭議案件之審定，自收受申請書之次日起，應於三個月內為之；必要時，得予延長，並通知申請人。延長以一次為限，最長不得逾三個月。

前項期間，於依第七條規定通知補正者，自補正之次日起算；未為補正者，自補正期間屆滿之次日起算；其於審議期間續補具理由者，自收受最後補具理由之次日起算。

逾第一項期間未為審定者，申請人得逕行依法提起爭訟救濟。

第十三條 審定須以其他法律關係是否成立為準據者，於該法律關係尚未確定前，爭審會得依職權停止審議程序之進行，並通知申請人。

第二節 權益案件

第十四條 權益案件之申請審議，應填具申請書，載明下列事項，由申請人或其代理人簽名或蓋章：

一、申請人之姓名、出生年月日、住、居所、身分證明文件字號。如係法人或其他設有管理人或代表人之團體，其名稱、事務所或營業所及管理人或代表人之姓名、出生年月日、住、居所。

二、有代理人者，其姓名、出生年月日、住、居所及身分證明文件字號。

三、保險人。

四、請求之事項。

- 五、申請審議之事實及理由。
- 六、收受或知悉保險人原核定通知之年、月、日。
- 七、受理爭議審議之機關。
- 八、證據。其為文書者，應添具繕本或影本。
- 九、保險人原核定通知文件及相關文件資料繕本或影本。
- 一〇、年、月、日。

前項第五款事實及理由，應分別記載並逐項記明相關爭點；如係外文者，應檢附中文譯本。

第十五條 保險人依第八條第二項規定提出之意見書，應載明下列事項：

- 一、原核定通知文件未附記理由者，其理由。
- 二、申請審議案件之事實上或法律上爭點及其所持見解。
- 三、對於申請人所主張各項爭點，逐一表示意見；其為反對意見者，並應附具理由。
- 四、據以作成原核定通知之證據資料。

第十六條 申請人得以書面向爭審會請求閱覽、抄錄、影印或攝影卷內文件。但下列文件不在此限：

- 一、審定擬辦之文稿。
- 二、審定之準備或審議文件。
- 三、為第三人正當權益有保密必要之文件。
- 四、其他依法律或基於公益，有保密必要之文件。

第十七條 爭審會於必要時，得依職權或依申請人之申請，通知其於指定期日、處所陳述意見。

第十八條 權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：

- 一、申請書不合法定程式不能補正或經通知補正而屆期不補正。
- 二、申請審議逾法定期間。
- 三、非第三條第一項所定之人而提出申請。
- 四、原核定通知已不存在。
- 五、同一案件經撤回後，再行提出申請。
- 六、爭議之內容非第二條所定事項。

依前項第一款或第二款規定而為不受理審定者，如原核定確屬違法或不當，保險人或其上級機關得依職權撤銷或變更之。

第十九條 申請無理由者，爭審會應為駁回之審定。

申請有理由者，爭審會應撤銷原核定之全部或一部，並得視事件之情節，逕為變更之審定或發回保險人於指定相當期間內另為核定。

保險人所提意見書內容欠詳或屆期不提意見書者，爭審會得依職權逕為審定。

第二十條 權益案件經審定者，應載明下列事項，作成審定書：

- 一、第十四條第一項第一款之事項。
 - 二、主文、事實及理由。其中事實部分，得僅記載有爭議之爭點；其依第十八條第一項各款規定應為不受理之審定者，得不記載事實，並引據該條項款以代理理由。
 - 三、爭審會及其首長。
 - 四、年、月、日。
- 審定書應附記不服審定之救濟方法、期間及其受理機關。

第三節 醫療費用案件

第二十一條 醫療費用案件之審議申請，應依爭審會所定格式，填具申請書及清冊（如附表五、六），載明下列事項，由申請人蓋章：

- 一、保險醫事服務機構之名稱、代號及負責醫師之姓名。
 - 二、保險人。
 - 三、請求之事項。
 - 四、申請審議之事實及理由。
 - 五、收受或知悉保險人複核通知之年、月、日。
 - 六、受理爭議審議之機關。
 - 七、病歷及其他相關證明文件。其為文書者，應添具繕本或影本。
 - 八、保險人複核通知文件及有關文件資料繕本或影本。
 - 九、年、月、日。
- 前項第四款事實及理由，應依所定格式之欄位，分別爭點逐項編號填寫。

第二十二條 保險人依第八條第二項規定提出之意見書，應載明下列事項：

- 一、複核通知文件未附記理由者，其理由。
- 二、對申請人所主張各項爭點之意見，應依申請書之編號欄位，分別填寫；其為反對意見者，並應註記理由。
- 三、申請人所未主張之事實及理由，應分別爭點逐項編號填寫；其編號應接續申請書之編號。
- 四、據以作成複核通知之證據資料。

第二十三條 醫療費用案件之審定，除第十八條第一項第四款規定外，準用第十八條及第十九條之規定。

第二十四條 醫療費用案件經審定者，應載明下列事項，作成審定書：

- 一、保險醫事服務機構之名稱及代號。
- 二、主文、事實及理由。其中事實及理由部分，為雙方所不爭執者，得不記載；其採申請書或意見書之主張者，得

僅記載其編號。

三、爭審會及其首長。

四、年、月、日。

前項第二款規定，於同一申請人在一定期間內本於同一特約所生二筆以上之爭議審議案件，得僅記載有爭議之部分，無須逐筆記載。

醫療費用案件經保險人依第八條第二項規定重新核定者，爭審會得免作成第一項之審定書，逕行結案。

第四節 特約管理案件

第二十五條 特約管理案件之審議程序，準用第二節有關權益案件之規定。

第三章 附則

第二十六條 審定書應分別送達申請人及保險人；必要時，並副知相關機關或單位。

保險人對於爭審會所為審定，除本辦法另有規定者外，應於審定書送達之日起十五日內執行之。

第二十七條 本辦法自發布日施行。

九、全民健康保險特約醫事服務機構合約

〔特約醫院、診所適用〕

中央健康保險局（以下簡稱甲方）依全民健康保險法（以下簡稱健保法）及有關法令規定特約（以下簡稱乙方）為甲方特約醫事服務機構，特約類別為。雙方約定事項如下：

- 第一條 乙方應依照健保法、健保法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法等相關法令及本合約規定辦理全民健康保險（以下簡稱本保險）醫療業務。
- 第二條 保險對象就醫時，乙方應依醫學專業知識及專長予以悉心診治，妥善照護，並依照醫療法等規定辦理轉診相關事宜。
- 第三條 保險對象就醫時，乙方應核對其保險憑證與身分證明文件相符後，於保險憑證加蓋戳記。
醫師或其他醫事人員於診療室應核對保險對象本人後，始予診療。乙方未於保險憑證加蓋戳記者，該筆醫療費用甲方不予支付；如已核付者，甲方得在乙方申請之費用內扣還。
- 第四條 乙方於保險對象辦理住院手續時，應核對並收繳其保險憑證，俟其出院時發還。並於辦理保險對象住院後，次日內（遇例假日順延）檢具全民健康保險住院通知表通知甲方備查。
乙方未予核對保險憑證致有冒名住院者或乙方未向甲方報備之住院個案，其醫療費用，甲方不予支付；如已核付者，在乙方申請費用內扣還。
- 第五條 保險對象因尚未領到保險憑證或分娩、緊急傷病就，未能及時繳驗保險憑證或身份證件者，乙方應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並掣給保險醫療費用項目明細表及收據；保險對象於就醫日起七日內（不含例假日）補送保險憑證時，乙方應於保險憑證上補蓋戳記，並將所收保險醫療費用退還。
- 第六條 乙方經核對就醫者保險憑證與身份證明文件後，發現有冒名就醫等不當行為時，乙方應拒絕其以保險身分就醫，並通知甲方。
- 第七條 保險對象住院乙方不得准其請假離院或外宿。除特殊重大事故必須親自處理者，經主治醫師同意，並於病歷載明保險對象請假事由、起訖時間後，方得准其請假外出，且晚間不得外理出院手續。乙方未依前項規定辦理者，甲方不予支付其相關費用。精神科住院另有規定者，從其規定。
- 第八條 乙方於特約後，如原特約申請書填報內容變動，應於三十日內憑當地衛生主管機關核准變更登記證明，向甲方報備。

乙方醫療設施或醫事人員減少至足以影響特約類別者，甲方得查明事實，重行核定乙方之特約類別。

第九條 乙方承辦本保險住院醫療業務應參加中央衛生主管機關之醫院評鑑。評鑑效期屆滿，未參加評鑑或經評鑑不合格者，甲方應通知其停辦住院醫療業務。乙方參加醫院評鑑之核定等級與特約類別不同時，由甲方依核定等級通知乙方依核定等級生效日起修改特約類別，乙方如不同意修改者，自甲方通知乙方特約類別適用截止日起，視同自動終止合約。

第十條 乙方經甲方同意辦理中醫業務者，應依規定提供保險對象中醫診療、中藥或治療材料。
前項規定之中藥應以中央衛生主管機關核定之濃縮複方製劑為限。若病情確有需要，得以單味之中藥濃縮製劑處方投藥。高價藥及療補並效之藥物不予給付。

第十一條 保險對象就醫後，乙方得交付處方箋供其至甲方特約藥局調劑。前項規定不適用於中醫診療。

第十二條 甲方之特約藥局依乙方開立之處方箋向甲方申報費用，經甲方審核有不合規定並屬乙方責任者，甲方得於乙方申請之費用中扣還；若屬不給付之藥材項目，甲方得向申報機構扣除。

第十三條 乙方對保險對象之醫療服務不符合健保法及有關規定者，其費用由乙方自行負責。

第十四條 乙方應協助甲方有關代辦勞工保險職業傷病醫療給付及強制汽車責任保險代位求償所須表單之收繳、填報等事宜。

第十五條 甲乙雙方辦理本保險醫療給付事宜，應依據主管機關核定之醫療費用支付制度、支付標準及藥價基準等規定辦理。

第十六條 乙方申請支付醫療費用，應檢具左列書據：

- 一、醫療費用申請書表。
- 二、個別診療明細或電子方式申報資料。
- 三、診療相關證明文件。

前項醫療費用申報作業並應配合甲方之規定，於階段性時程內，採行電子資料申報。

第十七條 乙方當月份醫療費用，應於次月二十日前向甲方申請核付；採連線申報費用者，得分一日至十五日及十六日至月底兩段，於規定時段向甲方完成申報資料之傳送，並應分別於次月五日及次月二十日前填送醫療費用申請書表向甲方申請核付。

乙方申請支付醫療費用，逾期前項申請期限二年者，甲方不予核付。

第十八條 乙方如期申報之醫療費用，甲方應予辦理暫付事宜，但經審核

與有關規定不符或須補件或更正資料者，不在此限。
前項暫付作業依左列暫付成數辦理：

核減率	暫付成數	
	媒體、連線申報	書面申報
0%	十成	九成
低於5%	九成五	九成
5% (含) - 10% (不含)	九成	九成
10% (含) - 20% (不含)	八成	八成
20% (含) - 30% (不含)	七成	七成
30% (含) 以上	不暫付	不暫付

乙方於規定期限內申報費用，甲方應於收到申請文件之日起，依左列期限暫付：

- 一、媒體申報或連線申報者：十五日內。
- 二、書面申報者：三十日內。

第十九條 甲方撥付醫療費用，均採轉帳方式辦理，乙方應以其開業執照名稱在甲方委託收付業務之金融機構開立帳戶後，主動通知甲方；帳戶變更時亦同。

第二十條 乙方申請之醫療費用，甲方應於收到申請文件之日起六十日內完成申請費用之核付。前項申報案件，須補件或更正資料者，其核付日期自補件或更正資料送達之日起算。乙方如採電子資料申報者，甲方未能如期於上述期限核付時，應全額暫付。俟審核完竣如有溢付，甲方得於乙方申報之醫療費用內逕予追扣。

第二十一條 乙方申請之醫療費用，甲方得採抽樣方式審查，其抽樣審查作業依「全民健康保險醫療費用專業審查抽樣作業要點」規定辦理。

第二十二條 乙方對醫療服務案件審查結果有異議時，得於核定通知到達之日起六十日內，列舉理由申請複審，並以一次為限，逾期以自願放棄論。

甲方應於收到複審申請文件之日起六十日內核定；惟因複審需要乙方提供個案病歷等資料者，其核定日期自相關資料送達之日起算。屆期未能核定者，應先行全額暫付。

乙方對甲方複審結果仍有異議時，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向本保險爭議審議委員會申請審議。

第二十三條 乙方為公立醫院或財團法人醫院或財團法人附設醫院者，在全民健康保險實施第一年應向甲方每年提報其資產負債表，

每季提報其損益表。實施一年後，應向甲方每年提報其資產負債表及損益表。

乙方為私立醫院者（財團法人附設醫院除外），在全民健康保險實施第一年得向甲方每年提報其資產負債表，每季提報其損益表。實施一年後，得向甲方每年提報其資產負債表及損益表。

乙方所提表報資料，甲方得派員或委請會計師抽查，如經查證有不實情形，甲方得要求乙方限期改善，如未能改善者，甲方得依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以處罰。

甲方應按月公告保險收支會計報表。

第二十四條

本保險開辦後，薪資指數、消費者物價指數及平均投保金額成長指數三者加權平均年成長幅度累計超過百分之三時，甲方應檢討支付標準。

甲方特約之醫學中心總數達三分之二以上、區域醫院總數達二分之一以上、地區教學醫院總數達三分之一以上，地區醫院總數達六分之一以上提報第二十三條所規定之表報資料，經甲方確認後，得先行檢討該層級醫事服務機構支付標準，經檢討確認後，乙方若為提報醫院之一，得優先適用三個月。乙方應接受甲方輔導逐步建立成本會計制度。

第二十五條

乙方申請之醫療費用，有左列各款情形之一者，甲方不以該等事由核扣乙方費用。

一、保險效力開始前、停止後發生保險事故，持保險憑證前往乙方就醫者。

二、投保單位未依健保法及其有關法令規定發給保險憑證者。

三、其他非可歸責於乙方之事由者。

第二十六條

乙方申請之醫療費用，有左列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣。

一、保險對象之保險憑證相關資料不全，乙方仍予受理診療者。

二、乙方受理保險對象初次洗腎，未依規定填具「全民健康保險尿毒症患者初次至本院實施血液透析通知單」通知甲方者。

三、乙方對保險對象之診療不屬於全民健康保險醫療給付範圍者。

四、乙方受理保險憑證時，未依第四條第一項規定確實核對保險對象身分證明之文件者。

五、經甲方通知乙方為暫行拒絕給付之保險對象，乙方仍予受理診療，並申報費用者。

六、其他應可歸責於乙方之事由者。

違反前項第二款者，經補填報「全民健康保險尿毒症患者初次至本院實施血液透析通知單」，並由甲方審查合格者，予以扣罰其當月份申報之費用。

第二十七條 甲方為審查保險給付需要，得請乙方提供說明，或派員赴乙方查詢或借調病歷紀錄、帳冊、簿據及有關文件，乙方應詳實說明並提供有關文件及資料，不得藉故拒絕。
前項甲方所派人員，應出示敘明訪查目的之公文及訪查身分證明文件，否則乙方得予拒絕。

第二十八條 乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十二條規定之情事，或有下列情事之一者，甲方應予糾正。

一、違反本合約第十四條者。

二、申報藥品進貨資料未依甲方規定註明附贈之藥品品項、數量及單價者。

三、未依規定詳細記載論病例計酬個案之病歷，情況嚴重者。

第二十九條 乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十三條、第三十四條及第三十五條規定情事之一者，甲方應分別予以扣罰二倍醫療費用、停止特約一至三個月或終止合約。

乙方經甲方依本合約第二十八條規定，受三次糾正後，再有同條規定情事之一者，停止特約一至三個月。

第三十條 乙方對甲方所為之糾正、停止合約或終止合約之通知，如有不服，得於甲方文到之日起十日內，檢具相關事證，提出異議，但以一次為限。甲方應於收到乙方異議書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原通知。

甲方對於前項之重行審核，必要時，得進行實地訪查。

前條之停止特約或終止合約，甲方得依乙方之申請，暫緩執行。

第三十一條 乙方因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十三條規定之情事，其應扣罰之二倍醫療費用，甲方得於乙方應領之醫療費用中逕行扣除。

第三十二條 乙方因遷址或歇業，經衛生主管機關註銷原有開業執照者，自註銷之日起終止合約。

第三十三條 乙方變更機構名稱，或公立醫療機構、財團法人之醫療機構變更負責醫師時，應檢具衛生主管機關核發之開業執照影本，向甲方辦理備查。

第三十四條 乙方在合約期滿，符合全民健康保險醫事服務機構特約及管

理辦法第三十一條規定者，得續約之。

第三十五條 乙方為公立醫療機構或財團法人之醫療機構，對於甲方求償之醫療費用或賠償金，其負責醫師應負連帶賠償責任。

第三十六條 本合約有關訴訟案件，雙方合意以乙方位於甲方各分局所在地之地方法院為第一審管轄法院。

第三十七條 本合約有效期間自 年 月 日起至 年 月 日止。

第三十八條 本合約如有未盡事宜，經甲乙雙方同意，得以附約或換文補充之，其效力與本合約同。

第三十九條 本合約一式兩份，甲乙雙方各執一份為憑。

醫院或診所方型印章

立合約人

甲方：中央健康保險局

總經理：

地 址：

乙方： 醫院
 診所

醫療院所地址：

代表人：(公立醫療機構及財團法人之醫療機構適用)

負責醫師

姓 名： 簽章

「由負責醫師親自當面蓋章或附負責醫師向戶政事務所申請之印鑑證明乙份，公立及財團法人院所免附」

戶籍地址：

身分證號：

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約醫事服務機構合約附約

中央健康保險局八十四年三月廿一日
健保醫字第八四〇〇二七二〇號公告

- 第一條 本附約所稱本合約，指全民健康保險特約醫事服務機構合約。本附約構成本合約之一部分；解釋本合約，應符合本附約之規定。
- 第二條 甲乙雙方依法得主張實體與程序之權利，不因本合約第一條規定而受影響。
- 第三條 乙方依規定申報保險醫療費用，手續齊全，而甲方未能於本合約所定六十日期限內完成暫付或核付手續時，應依民法規定之利率支付遲延利息。
- 乙方以書面申報保險醫療費用者，甲方未能於本合約第二十條所定期限內核付時，得全額暫付。
- 第四條 甲乙雙方因本合約之解釋、執行所生非關行政處分事項之具體私權爭議，得依商務仲裁條例之規定提付商務仲裁。
- 第五條 乙方依本合約第二十三條所提供之報表資料，僅供甲方瞭解現行支付標準下乙方之營運狀況，以為未來檢討支付標準之參考。
- 第六條 甲乙雙方應每年定期檢討調整醫療費用支付標準一次。年度定期檢討時，人力成本部分應依年度公務人員薪資調整幅度擬訂調整原則，非人力成本部分應依年度消費者物價指數擬訂調整原則。
- 第七條 乙方有本合約第二十八條第一款或第二款之情事時，甲方應予通知改善，不列入糾正。
- 第八條 本合約有效期間內，乙方得於一個月以前以書面通知甲方終止本合約。

十、全民健保中醫門診總額支付制度審查醫師管理要點

中華民國八十九年六月二十八日健保醫字第八九〇〇五八四二號公告
中華民國九十一年九月三日健保審字第〇九一〇〇二三四二七號公告修正第六條

- 一、為辦理全民健康保險中醫門診總額支付制度醫療費用審查事務，並確保審查之合理及公平性，特訂定本要點。
- 二、全民健康保險中醫門診總額支付制度審查醫師(以下簡稱審查醫師)之講習、遴聘、解聘及管理，依本要點規定執行。
- 三、凡具備五年以上中醫臨床或教學經驗(二者之年資得合併計算)之中醫師，由各分區委員會推薦，並經中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱全聯會)辦理之審查作業講習課程結業者，得由全聯會遴聘為審查醫師。
- 四、中醫師如違反全民健康保險法及相關法令，經中央健康保險局予以停止特約或終止特約者，不得擔任審查醫師。
- 五、審查醫師按中央健康保險局各分局轄區(以下簡稱各分區)分別設置，其遴選方式及員額，由全聯會訂定之，各分區審查醫師得推派一人為召集人，並送全聯會核備之。
- 六、審查醫師任期二年，期滿得續聘之，但以二次為限；各分區審查醫師續聘者不得超過原人數二分之一，各分區委員兼任審查醫師不得超過二分之一以上。
- 七、為研議審查方針、審查規範及審查作業原則，各分區審查醫師得定期召開審查會議。
- 八、審查醫師如有下列情事之一者，暫停其審查職務三個月。暫停職務期滿且暫停職務原因消失者，應予恢復其審查職務。
 - (一)審查醫師申報個人醫療費用若進入該分區個人單月排行前1%者。
 - (二)審查醫師違反第九點規定，接受調查者。
 - (三)審查醫師之醫療行為模式異於常規，經分區委員會提報全聯會認定者。
- 九、審查醫師有下列情形之一，經全聯會認定者，應予以解聘：
 - (一)洩漏審查業務機密者。
 - (二)有事實足以認定其執行業務濫用權力者。
 - (三)不依「全民健康保險中醫門診總額支付制度醫療服務審查要點」審查者。

- (四)執行職務偏頗經通知改善仍不改善者。
- (五)無故不出席審查會議，累計達三次以上者。
- (六)無故不出席審查案件，累計達三次以上者。
- (七)有事實足以認定其執行職務違反全民健康保險法及相關法令者。
- (八)依第八點規定暫停職務，再有第八點規定情事之一者。

十、本要點自全民健康保險中醫門診總額支付制度辦理之日起施行。

十一、本要點由中央健康保險局公告，修正時亦同。

十一、全民健康保險中醫門診總額支付制度審查醫師遴選辦法

九十年八月十九日中保會第十一次委員通過

- 一、依據全民健保中醫門診總額支付制度審查醫師管理要點第四條而訂定之。
- 二、審查醫師資格依照審查醫師管理要點第三條之規定。
- 三、審查醫師候選人須經各縣市中醫師公會理監事聯席會議審議通過。
- 四、審查醫師候選人須檢附各縣市中醫師公會正式推薦函。
- 五、審查醫師候選人需檢附個人全月病歷影本五份。
- 六、審查醫師候選人需檢附相關資料報請中保會各分區委員會議審議通過後提報本會。
- 七、審查醫師候選人須參加本會辦理之審查作業講習課程結業，並經本會考試及格者始得任用。
- 八、審查醫師員額參照各分區審查案件數比例，由本會訂定之。
- 九、本辦法由全聯會公告、修正時亦同。

十二、全民健保中醫門診總額支付制度幹部自律管理要點

九十一年六月十六日第五屆第三次理監事聯席會議通過

- 一、為使全民健康保險中醫門診總額支付制度於幹部與會員間均能秉持公平、公正、公開之精神，期平順執行相關業務，特訂定本要點。
- 二、全民健康保險中醫門診總額支付制度之幹部係指中華民國中醫師公會全國聯合會（以下簡稱全聯會）之全民健保中醫門診總額支付制度保險委員會（以下簡稱中保會）及其所屬六分區分會之委員暨執行事務之相關人員。其任用與解任均應依本要點規定執行之。
- 三、幹部人員按全聯會中保會及其所屬六分區委員會分別設置，其遴選方式、員額及任期，依其組織章程辦理。
- 四、六分區之幹部應填具「中保會幹部個人資料表」及「應迴避醫事機構調查表」至全聯會，其異動時應於十五日內主動向所屬分會及全聯會報請核備。
- 五、六分區之幹部名單應造冊送至全聯會核備，並由全聯會發給聘書，異動時亦同。
- 六、受聘前一年內個人醫療費用單月申報額度進入該區單月份排行前1%者，不得聘任。
- 七、幹部人員有下列情形之一，經中醫師全聯會中保會認定者，應予解聘：
 - (一)洩露中醫總額業務機密者。
 - (二)有事實足以認定其執行業務濫用權力者。
 - (三)執行職務偏頗經通知改善仍不改善者。
 - (四)無故不出席委員會議，累計達三次以上者。
 - (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)曾經暫停職務且再度合乎暫停職務之相關規定。
 - (七)總額制度實施後違反全民健康保險法及其相關法令，經中央健康保險局予以停止特約或終止特約者。暫停期滿且上述原因消失後，得予恢復其職務。
- 八、幹部人員如有下列情事者，應暫停其職務三個月。
 - (一)幹部人員申報個人醫療費用若進入該分區個人單月排行前

百分之一者。

(二)幹部人員違反「全民健保中醫門診總額支付制度幹部自律管理要點」第七點相關規定，自開始接受調查之日起。

(三)幹部人員本身(含本人，所屬之醫療機構及應迴避醫事機構)之醫療行為模式異常，並經分區委員會提報全聯會認定者。

(四)幹部人員填報「中保會幹部個人資料表」及「應迴避醫事機構調查表」經查不實或異動時未於期限內報請核備者。

九、本要點所稱「應迴避醫事機構」係指幹部本人、配偶及三等內血親、姻親所服務(或設立)之中醫保險醫事服務機構。

十、本要點所稱「醫療行為模式異常」係指：

(一)業務上重大或重複發生過失行為。

(二)利用業務機會之犯罪行為，經判刑確定。

(三)非屬醫療必要之過度用藥或治療行為。

(四)執行業務違背醫學倫理。

(五)以有違公平競爭原則等不正當手段招攬病患，經查證屬實者。

(六)其他經全聯會中保會認定之事項。

十一、本要點所稱服務之中醫保險醫事機構包含擔任醫師(含開業、執業、支援)、醫事人員、行政人員、助理人員或參與管理、顧問等工作之院所。

十二、本要點所稱設立之中醫醫事服務機構包含獨資、合資、投資或實際領取經營績效之院所。

十三、本要點自全民健康保險中醫門診總額支付制度辦理之日起施行。

十四、本要點由全聯會公告，修正時亦同。

十三、九十一年度中醫門診總額支付制度委託契約書

九十年十二月二十六日

中央健康保險局（以下簡稱甲方）依全民健康保險法（以下簡稱健保法）及相關法令規定，委託中華民國中醫師公會全國聯合會（以下簡稱乙方）辦理全民健康保險中醫門診總額（以下簡稱本總額）支付之部分事務，雙方約定事項如左：

第一條 甲方委託乙方辦理之事項如左：

一、行政事項

本總額支付制度各分區事務之協商處理。

中醫門診醫療品質之促進。

中醫門診特約醫事服務機構違規情形之輔導與查核建議。

中醫門診支付項目及支付標準與方法之研擬。

本總額支付制度之教育宣導事宜。

其他與本契約相關之行政事宜。

二、專業事項

審查醫師之遴聘及管理。

中醫門診總額醫療費用之檔案分析指標、實地審查規範、電腦審查規範、抽樣及回推原則等之研擬及專業審查相關事項；包括：

1 審查規範之研擬：檔案分析指標、電腦審查規範（含醫令檢查方式）、實地審查規範、抽樣及回推原則等。

2 專業審查相關事項：事前、實地、事後醫療服務案件之專業審查，包括初審及申復案件。

中醫門診特約醫事服務機構爭議審議案件之說明。

中醫門診自墊醫療費用核退之專業審查。

其他與本契約相關專業事宜之研擬。

第二條 中醫門診醫療給付總額由全民健康保險醫療費用協定委員會協定。

本契約有效期間各季之中醫門診醫療給付總額，按各季之每人平均核付中醫門診醫療費用，乘以同季季中保險對象人數（扣除重複投保人數）計算。

前項各季之每人平均核付中醫門診醫療費用，等於基期年同季每人平均核付中醫門診醫療費用，乘以（1+投保人口組成

改變對中醫門診醫療費用影響率+中醫門診醫療服務成本指標改變率+協商因素)。季中保險對象實際人數以該季中間月份月底之保險對象實際人數計算。

第三條 本總額支付制度支付方式採支出上限制，第三期中醫門診每人醫療給付費用成長率為百分之二·〇〇，其中非協商因素成長率百分之一·六七；協商因素成長率為百分之〇·三三％。

第四條 實施本總額支付制度期間，其給付範圍不得少於健保法之法定給付範圍。如有增加中醫門診給付項目時，經甲乙雙方協商同意後納入本總額。

第五條 第一條第二款第二目中醫門診醫療費用之專業審查，應依「全民健康保險特約醫事服務機構醫療服務審查辦法」之規定辦理。

乙方於執行專業審查作業後，應於二十日內將結果交由甲方，甲方則依最近一季核定之每點支付金額先行核定醫療費用予特約醫事服務機構，並於每一季每點金額結算後，依結算金額逕向甲方特約之醫事服務機構辦理追扣或補付。

第六條 為確保審查之合理及公平性，應訂定「全民健康保險中醫門診總額支付制度審查醫師管理要點」；該管理要點由乙方擬訂，經甲方同意後公告實施。甲方對於乙方審查醫師之審查結果，得依需要抽審，乙方不得規避、拒絕、妨礙或做虛偽之證明、報告、陳述。

第七條 為確保委託期間之中醫門診醫療品質，甲乙雙方應依中央衛生主管機關所核定之「中醫門診總額支付制度品質確保作業方案」辦理相關品質確保工作。

依前項作業要點執行之中醫門診醫療品質評估結果，將定期提供全民健康保險醫療費用協定委員會，俾利其納入下年度費用總額協商之一項參考因素。

第八條 乙方如發現甲方特約之醫事服務機構涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十二條、第三十三條、第三十四條及第三十五條規定違規所列情事之一者，應提報甲方查處；甲方如因業務需要所為之訪查，乙方應提供相關資料；訪查內容若涉及醫療專業項目之認定，則依「中醫門診醫療業務訪查注意事項」辦理。

第九條 甲方之特約醫事服務機構對於乙方審查結果有異議申請複審時，甲方受理後交由乙方複審。

乙方應於收到甲方交付複審申請文件二十日內，將核定之結果送交甲方俾憑付款；惟因複審需要甲方之特約醫事服務機

構提供資料者，其核定日期以資料送達之日起算。乙方屆時未能審畢者，甲方將依特約醫事服務機構之申請資料逕予全額暫付，乙方不得異議。

甲方之特約醫事服務機構對於乙方之複審結果仍有異議申請爭議審議時時，乙方應負責提供爭議案件之說明。

第十條 乙方為控制中醫門診醫療費用或提高醫療品質，得研擬支付標準修正建議，並依健保法第五十一條規定辦理。

第十一條 乙方為執行甲方委託之業務，得洽請甲方各分局依各分局業務狀況配合提供審查案件場地及各項行政支援。

第十二條 本案服務報酬總計新台幣玖佰捌拾貳萬元整。其中第一條第一款行政事項之經費為新台幣伍佰伍萬元整，第一條第二款專業事項經費為新台幣肆佰柒拾柒萬元整。

前項經費之訂定，應參考前一年辦理全民健康保險中醫門診專業審查費用及審查所需會議及庶務等其他相關業務之行政經費估算。

第十三條 前條經費之撥付依下列方式辦理：

一、第一次：於契約簽訂後，憑乙方開立收據，由甲方撥付契約款百分之二十五。

二、第二次：乙方於第一季結束後三十日內，開立收據及編送上季「執行狀況」後，由甲方認可後撥付契約款百分之四十。

三、第三次：乙方於第二季結束後三十日內，開立收據及編送上季「執行狀況」後，由甲方認可後撥付契約款百分之二十。

四、第四次：乙方於第三季結束後三十日內，開立收據及編送上季「執行狀況」後，由甲方認可後撥付契約款百分之十。

五、乙方於本契約屆滿，且取得甲方醫療費用相關資料後二個月，以正式公文提送完整之年度業務報告一式十份，經驗收合格後，開立收據由甲方撥付契約款之百分之五之尾款。

六、甲方應依據公款支付時限及處理辦法之規定撥款。

第十四條 乙方應於取得甲方每月醫療費用相關資料後二個月，提報每季之執行狀況，並於本契約期限屆滿後，提出完整之年度業務報告。

第十五條 乙方對於甲方提供之醫療費用相關資料，應按「電腦處理個人資料保護法」及相關規定辦理，不得移作與委託業務無關之用途，並應妥為保管，如有侵害他人權益者，應由

乙方自行負責。

第十六條 甲方或乙方如違反本契約之各項約定，他方得以書面通知限期改善。於本契約有效期間內，經三次書面通知改善而未能改善時，他方得以書面通知終止本契約，於通知到達後二個月後生效。

第十七條 本契約之爭議事件，甲乙雙方應本諸誠信原則協商解決。如協商不成，得依仲裁法之規定提付仲裁。前項爭議事件無法仲裁時，雙方合意以台灣台北地方法院為第一審之管轄法院。

第十八條 本契約有效期間自九十一年一月一日起至同年十二月三十一日止。

第十九條 本契約如有未盡事宜，經甲乙雙方同意，得以附約或換文補充之，其效力與本契約同。

第二十條 本契約一式兩份，甲乙雙方各執一份為憑。

立契約人

甲 方：中央健康保險局

代表人：張 鴻 仁

地 址：台北市信義路三段一四〇號

乙 方：中華民國中醫師公會全國聯合會

代表人：林 昭 庚

地 址：台北市廣州街三十二號八樓

中華民國九十年十二月二十六日

十四、全民健保中醫門診總額支付制度品質確保方案

八十九年七月五日公告

- 一、為確保中醫門診總額支付制度（以下簡稱本制度）實施後醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。
- 二、中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：
中央健康保險局（以下簡稱健保局）每季應對各區中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額進行分析，並製成報表函送行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會及中華民國中醫師公會全國聯合會（以下簡稱全聯會）。
健保局應訂定各區中醫門診醫療利用率或每點支付金額改變率之變動範圍，第一年之變動範圍訂為正負百分之十。
前項實際變動比率若不在原訂定容許區間內，健保局應立即檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。
- 三、保險對象就醫權益之確保：
健保局每半年應針對各區中醫門診就醫可近性、醫療服務品質滿意度，及差額負擔情形等進行調查，其調查內容之設計，得會同全聯會研訂，並得委託民調機構辦理。
保局每半年應統計分析民眾申訴檢舉案件數之變化情形。
區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或差額負擔金額及申訴檢舉案件顯著增加，經健保局檢討結果認為有歸責於中醫門診醫療服務原因者，應函知全聯會立即督導改善。
- 四、專業醫療服務品質之確保：
中醫醫療服務提供者所提供服務範圍及服務品質，不得低於本制度實施前之水準。
全聯會應按下列服務品質監控計畫確實執行，其細部方案應於本制度實施後三個月內，提交健保局：
 1. 臨床診療作業指引：
全聯會應逐年訂定各科臨床診療作業指引，但本制度實施第一年內至少完成針灸及傷科臨床診療作業指引，分送中醫特約醫事服務機構做為臨床診療作業及申報費用之參考。
本制度實施第二年內，全聯會應依據臨床診療作業指引編訂審查手冊，做為中醫門診醫療服務專業審查之依據。
本制度實施第三年起，全聯會每半年應將各區依照審查手冊執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送健保局評量成效。
全聯會應配合總額預算額度及中醫科技發展，逐年檢討修正臨

床診療作業指引。

2. 中醫醫療機構輔導系統：

全聯會應於本制度實施一年內，建立完成中醫醫療機構輔導系統，對於提供醫療服務品質不符合規範之特約醫事服務機構，給予輔導及改善建議；情節重大者，應提報健保局依合約處理。加強中醫病歷紀錄品質管理，由全聯會於本制度實施前製作病歷紀錄規範，以供中醫特約醫事服務機構參考。

3. 服務品質管理相關規範：

本制度實施第二年起，全聯會應完成下列相關規範之建立，並加以監控：

提昇針灸及傷科醫療服務品質：訂定針灸治療及傷科處置之適應症與適當性規範。

建立病患重複就診及重複用藥之輔導方式。

監測服務量及服務品質：藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態之差異，作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋院所，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，以抑制虛報浮報現象。

全聯會每季應將前項監控結果提報健保局。

4. 全聯會應於本制度實施第三年內，研訂「服務品質」與「品質照護保證」之中長程指標，包括擬定中醫藥科學化、現代化之建議事項，藉以提昇醫療服務水準。

5. 全聯會應於本制度實施後三個月內，建立民眾諮詢及申訴檢舉案件處理機制，並廣為宣導。

五、中醫醫療服務品質指標：指標項目及其監測時程、監測值與負責監測單位，詳如附表七。

六、獎懲：

本方案所訂各項醫療服務品質指標之執行結果，列為次年度中醫門診總額協商因素之一項參採數據。

健保局與全聯會得協商自每年中醫門診總額中提列一定百分比或金額之保留款，於每年度結束時，依各區醫療服務品質指標執行達成率分配之。保留款之提列及分配辦法，由健保局與全聯會共同訂定。

十五、審查通則

(一) 審查依據

1. 全民健康保險法及其他施行細則。
2. 全民健康保險醫療辦法及醫事服務機構醫療服務審查辦法。
3. 全民健康保險醫療費用支付標準。
4. 全民健康保險藥品給付標準。
5. 特定疾病住院基本要件。
6. 審查委員會議及藥事小組會議決議事項。
7. 行政院衛生署藥品許可證。
8. 其他與審查有關之規定事項(如：醫療費用審查注意事項、審查醫師管理要點、專業審查分案原則……等)。

(二) 專業審查一般原則

1. 審查醫師、藥師等醫事人員依相關法令規定辦理，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。
前項專業審查審查醫師、藥師等醫事人員審查醫療服務案件，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫師、藥師等醫事人員審查，必要時得提審查會議審查。
2. 醫療院所申報醫療案件經專業審查有下列情況之一者，應刪減不當部分之費用，刪減時請用適當之核減代碼，並將刪減內容及理由詳加說明。(請用紅筆註明)
 - 治療與病情診斷不符。
 - 因診療行為引發之非必要連續就診。
 - 治療材料之使用與病情不符。
 - 治療內容與保險支付標準規定不符。
 - 非必要之檢查或檢驗。
 - 非必要之住院或住院日數不適當
 - 病歷記載不完整無法支持其診斷與治療內容。
 - 病歷記載內容經二位審查醫師認定字跡難以辨識
 - 用藥種類與病情不符或有重複。
 - 用藥份量與病情不符或有重複。

- 未依臨床常規選用非第一線藥物。
 - 用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
 - 適應症不符，不應申報論病例計酬案件。
 - 論病例計酬案件醫療品質不符專業認定。
 - 論病例計酬案件有不當移轉至他次門、住診施行。
 - 論病例計酬案件不符出院條件。
 - 其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。
3. 審查時應注意病患年齡、性別不同而影響病情及疾病的分布。
 4. 審查時若發現醫療院所有申報異常，如疾病分布不正常、用藥浮濫等，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解，並將訪查結果通知審查醫師，繼續追蹤管理。
 5. 使用藥品，應依病情變化、藥品核定適應症及藥事小組會議決議，若發現醫療院所有嚴重申報異常，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解。
 6. 凡送審之醫療費案件，其病歷應依醫師法規定詳實記載，如未於病歷上載明醫師診斷或簽章者，應從嚴審查。
 7. 審查時應掌握時效，以維護醫療院所之權益。
 8. 審查中有核減時，應註明核減理由。
 9. 審查醫師、藥師等醫事人員對審查其本人或配偶所服務之醫療院所及其三等親內血親、姻親所設立之醫療院所醫療費用案件，應予迴避。
 10. 審查有關人員對審查內容或因審查而知悉之公務，應保守秘密，審查醫師、藥師等醫事人員並不得將各類審查案件攜出審查場所。

十六、專業審查分案一般原則

(一) 迴避原則

1. 迴避審查醫師隸屬及推薦之醫事服務機構案件。
2. 迴避審查醫師三等親內血親、姻親所設立之醫事服務機構案件。
3. 若為申複案件，應迴避原送核之審查醫師。
4. 若為爭議審議案件，應迴避原送核及申複之審查醫師。
5. 若有違反上述迴避原則，該案件退回重審。

(二) 分科原則

以審查醫師之主專長優先分案，次專長次之。

(三) 依出勤狀況分案原則

1. 有暫停審查原因者在暫停審查原因未解除前不予分案，暫停審查原因包括：
 - 請假
 - 暫停職務
 - 不適任
 - 儲備
 - 離職
 - 永不錄用
2. 已分案但分案件數未滿一次出勤應審查之案件量者，優先分案。
3. 審查醫師可出勤之時段越近者優先分案。
4. 已達每月排定出勤次數之審查醫師，原則不分案。

(四) 以醫事機構為分案單位之原則同一家醫事機構之同一費用年月案件，以分給同一審查醫師為原則。

貳、全民健保中醫門診總額支付制度支付標準表

中央健康保險局健保醫字第○九○○○一六二七九號公告自九十一年一月一日起實施

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、中醫門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，因同屬療程治療，一次限擇一項申報，不得同時申報。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 六、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及脫臼整復合計申報量限六十人次以內；其中傷科及脫臼整復合計申報量限四十五人次以內。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及脫臼整復合計申報量 31-45 人次區間者申報編號 B42, B54, B63 者九折支付，46-60 人次區間者申報編號 B42, B54, B63 者五折支付。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及脫臼整復合計申報量 = (當月針灸、傷科及脫臼整復治療處置總人次 / 當月專任中醫師總看診日數)；中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均傷科及脫臼整復合計申報量 = (當月傷科及脫臼整復治療處置總人次 / 當月專任中醫師總看診日數)。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	原支付點數	增修訂後支付點數	備註
	門診診察費			
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量三十人次以下部分 (<=30)			修訂文字
A01	看診時聘有護理人員在場服務者	230	290	修訂文字及點數

A11	看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方		320	增訂
A02	看診時未聘有護理人員在場服務者	220	280	修訂文字及點數
A12	看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方		310	增訂
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)			修訂文字
A03	看診時聘有護理人員在場服務者	220	230	修訂文字及點數
A13	看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方		260	增訂
A04	看診時未聘有護理人員在場服務者	210	220	修訂文字及點數
A14	看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方		250	增訂
	3. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)			修訂文字
A05	看診時聘有護理人員在場服務者	170	160	修訂文字及點數
A15	看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方		190	增訂
A06	看診時未聘有護理人員在場服務者	160	150	修訂文字及點數
A16	看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方		180	增訂
A07	4. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分 (51-70)	120	90	修訂文字及點數
A17	開具慢性病連續處方		120	增訂
A08	5. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分 (>150)	100	50	修訂文字及點數
A18	開具慢性病連續處方		80	增訂
	6. 山地離島地區			
A09	看診時聘有護理人員在場服務者	250	290	修訂文字及點數

A19	看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方		320	增訂
A10	看診時未聘有護理人員在場服務者	240	280	修訂文字及點數
A20	看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方		310	增訂
註：				
1. 所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用需先報備護理人員執照及職業登記地點。				修訂文字
2. 針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算。				
3. 支援中醫師看診人數之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫師之看診人數。				增訂加註
4. 開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。				增訂加註
5. 支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者隻支付標準代碼計算。				增訂加註

第二章 藥 費

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	30

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
A31	藥品調劑費 一修習中藥課程達適當標準之藥師調劑	20
A32	一中醫師親自調劑 註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。 2.修習中藥課程達適當標準之藥師調劑者，須先報備，經證明核可後申報。	10

第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
B41	針灸治療處置費(含材料費) —另開內服藥	100
B42	—未開內服藥	200

第五章 傷科治療

編號	診療項目	支付點數
	傷科治療處置費(含材料費)	
B53	—另開內服藥	100
B54	—未開內服藥	200
	註：1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	

第六章 脫臼整復費治療處置

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費(含材料費) —同療程第一次就醫	300
B62	—同療程複診，另開內服藥	110
B63	—同療程複診，未開內服藥	200

參、全民健保中醫門診總額支付制度審查注意事項

八十九年六月十一日第四屆第二次臨時理監事會議通過

九十一年六月十六日中保會第十七次委會會議通過

九十一年七月廿三日中醫總額支付委員會第七次委員會會議通過

- 一、保險對象應自行負擔中醫門診或急診費用部分負擔，請依「全民健康保險中醫部分負擔相關規定及費用申報代碼」規定辦理。
- 二、一般案件給藥天數不得超過七日，惟九十七種慢性病，得視保險對象醫療需要，一次最高給予三十日內之用藥量。
- 三、中藥之使用依「全民健康保險中藥用藥品項表」所收載為範圍，係以行政院衛生署核准經由 G.M.P 中藥濃縮廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥並應用列屬行政院衛生署整編之「臨床常用中藥方劑標準處方」。
- 四、同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥或相關治療。
- 五、針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，主治醫師得視保險對象病情需要，健保卡每格最多可酌予治療六次。同一療程限申報一次診察費。
- 六、中醫特約醫療院所符合規定設置檢驗室者，若具相關檢驗、檢查設備，且經衛生主管機關登記核可者，得向中央健康保險局分局報備實施檢驗(如生化、血液等)項目，經核准後依支付標準 I、西醫及牙醫部分所列檢驗項目及支付點數申報費用。
- 七、治療次數已逾所需療程者，如急性腰痛或急性肌肉關節疼痛，治療逾一個月以上，其超過療程部分，加強審查。
- 八、全民健康保險中醫門診不給付之項目：
 - 開放性骨折之整復。
 - 對健康無直接影響或屬美容範圍者，如黑斑、雀斑等。
 - 療效未顯著者，如斜視、老花、散光、白髮等。
 - 原藥材(飲片)、高價及療補並效之藥物。
- 九、病歷書寫需詳實記載病人姓名、出生年、月、日、性別、住址、職業、病名、診斷及治療情形。
- 十、病歷未填寫傷病名稱，未作明確診斷，僅敘述症狀，或主訴症狀之病情與診斷之病名不符，應加強審查。
- 十一、實體病歷之製作，應符合下列規定：
 - 實體病歷應有首頁及副頁，首頁填寫病患基本資料、初診日

期，副頁填寫就診日期、病患主訴、檢查發現、醫師診斷及處方等資料。

以電腦製作病歷時，於醫師輸入病歷資料後，應同時將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印黏貼在病歷表上，並由治療醫師親自簽章（簽名或蓋章）。病歷資料之黏貼必須實貼，不可浮貼，也不可重疊浮貼。

- 十二、抽審病歷應為實體病歷之影本，不可以重新填寫或重新列印電腦病歷檔案充當，實體病歷影本應全頁影印，不得剪貼、遮掩。
- 十三、抽樣審查之個案，應檢送實體病歷首頁影本及該案當月就診之全部病歷影本，必要時得檢附前一月份病歷影本。
- 十四、病歷應依醫療法規定清晰詳實完整記載，傷科應敘明理筋推拿手法，針灸應註明穴位，如未載明者，費用應予刪除。
病歷記載內容，經二位審查醫師認定字跡難以辨識者，不予支付。
- 十五、同一疾病，用藥日數重複者，不予給付。
- 十六、同一療程中，只開給內服藥不施以傷科針灸治療而再申報診察費者，應只限於病情變化，或不同傷病名稱且病歷須詳細記載，由審查醫師確認之。
- 十七、傷科脫臼整復之審查依病歷紀錄，應包括：
脫臼發生之時間及原因。
是否第一線處理。
受傷部位之局部症狀。
整復手法。
傷科脫臼整復治療第一次療程給付脫臼整復費三百點，第二療程起按一般傷科給付。
- 十八、診斷病名為扭傷或挫傷時，未於病歷上載明病人主訴之發生時間及原因者，應加強審查。
- 十九、慢性病開藥七天以下或開藥加針灸或傷科治療，比例過高者應加強審查。
- 二十、申報針灸、傷科及脫臼整復治療次數顯有異常頻繁之情形時，應加強審查。

肆、專業審查輔導機制

一、健保中醫門診總額支付制度專業審查輔導建議作業要點

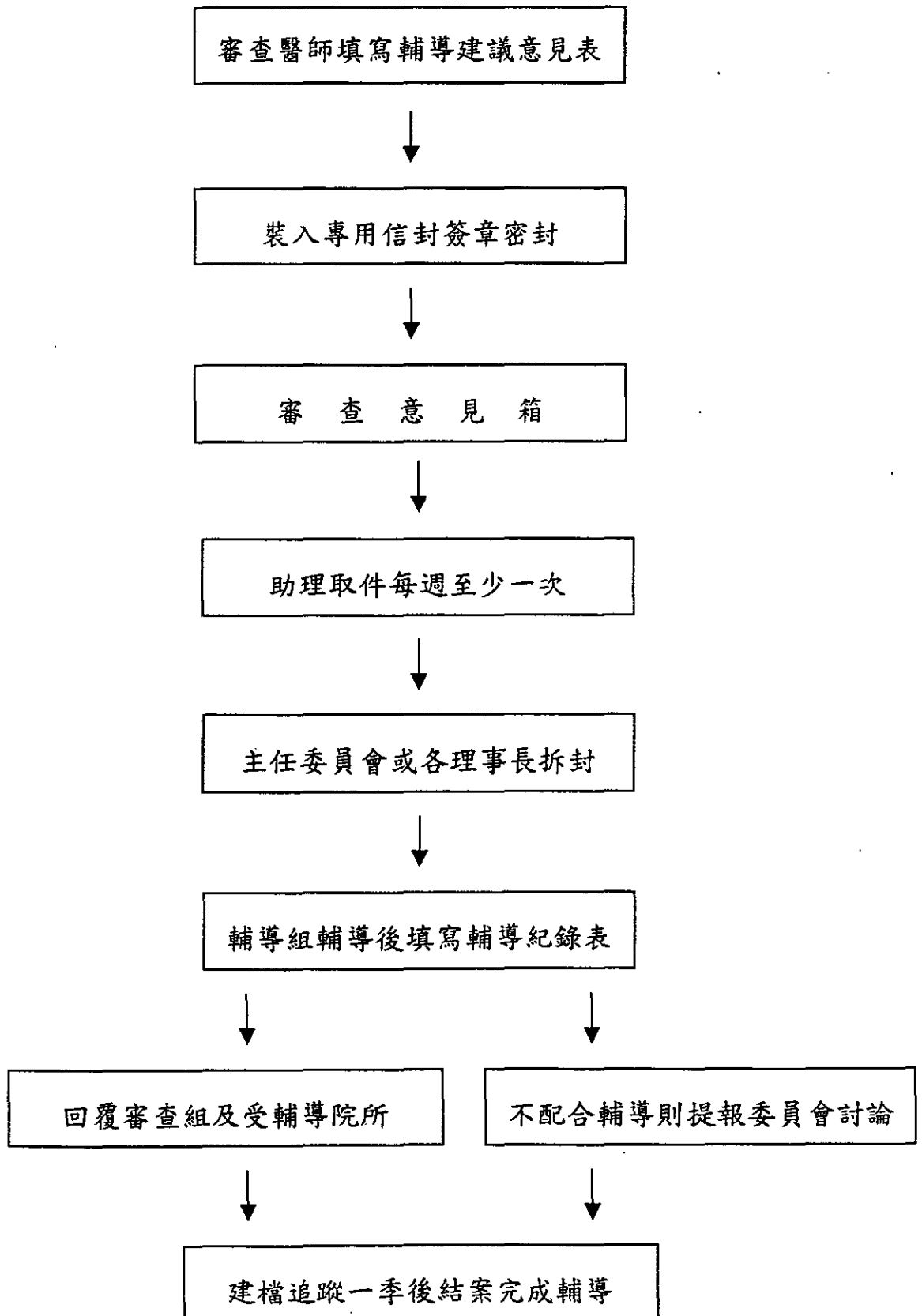
八十九年十一月十九日理監事會通過

- 一、依據中保會第三次委員會議訂定本要點。
- 二、為提昇醫療品質及降低醫療費用核減率，並建立專業審查輔導建議機制。
- 三、各區分會應於健保局各分局審查分組內設置中醫審查意見箱。
- 四、審查醫師於專業審查中發現申報院所符合建議輔導事項時，請填寫輔導建議表，加蓋審查醫師代號章裝入專用信封，密封後於封口處加蓋職章，擲入審查意見箱。
- 五、各分會助理人員每週至少一次前往健保局開啟意見箱，將專用信封帶回分會，編號登記後由主任委員或公會理事長拆封後，轉交輔導組進行輔導。
- 六、輔導結果必須填寫輔導記錄表，回覆審查組及受輔導院所，並建檔追蹤一季後結案完成輔導工作。
- 七、如有不配合輔導及輔導無效之醫療院所，則提報委員會議討論其他處理方式。
- 八、輔導模式，由各區分會自行訂定實施細則。

二、輔導記錄表

一、依據：	
二、受輔導院所：	負責醫師簽章：
三、受輔導院所地址：	電話：
四、輔導日期： 年 月 日 時 分 至 時 分 止	
五、輔導事由：	
六、輔導記錄：	輔導員：_____
七、輔導後建議改進方案：	
八、輔導追蹤日期及記錄：	
主任委員：	輔導組長：

三、專業審查輔導建議作業流程



四、專業審查輔導建議意見表

醫事機構代碼及名稱：		
費用年月：	年 月	專任醫師數：
申請金額：	申請件數：	
專案件數：	專案人次：	
建議輔導理由：		
一、 <input type="checkbox"/> 每月申請金額超過____萬元。		
二、 <input type="checkbox"/> 病歷記載過於： <input type="checkbox"/> 潦草 <input type="checkbox"/> 簡單 <input type="checkbox"/> 格式化		
三、 <input type="checkbox"/> 針灸處置過於頻繁。		
四、 <input type="checkbox"/> 傷科處置過於頻繁。		
五、 <input type="checkbox"/> 脫臼整復申報異常。		
六、 <input type="checkbox"/> 傷科轉移針灸案件申報異常。		
七、 <input type="checkbox"/> 針傷治療加開內服藥比率過高。		
八、 <input type="checkbox"/> 針傷合計日平均超過 60 人次		
九、 <input type="checkbox"/> 療程中變更病名開藥案件過於頻繁。		
十、 <input type="checkbox"/> 申報案件變更病名以規避同一療程。		
十一、 <input type="checkbox"/> 單一病患月給藥天數超過 40 天案件過於頻繁。		
十二、 <input type="checkbox"/> 單一病患月門診次數超過 20 次案件過於頻繁。		
十三、 <input type="checkbox"/> 疑似虛報及浮報。		
十四、 <input type="checkbox"/> 其他理由：		
十五、 <input type="checkbox"/> 具體事實：		
十六、 <input type="checkbox"/> 建議輔導方式：		
主任委員	審查醫師代碼	填表日
理事長 _____	_____	_____

伍、中保會審查核減理由和代碼

一、中保會審查核減理由代碼表

	通 過 條 文	備 註
901	非必要之處置	避免使用
902	非必要之治療	避免使用
903	非必要之檢驗	避免使用
201	用藥種類與病情不符	
202	用藥份量與病情不符	
203	用藥種類重複	
204	處置與病情不符	
206	非必要之檢查、檢驗或治療	
210	治療內容與支付標準規定不符	
211	其他不合臨床常規之治療： 1. 記載內容無辨證論治 2. 次數頻繁	
212	處方用藥或治療缺乏積極療效	
213	處方用藥或治療與醫令或病歷記載不符	
214	病歷記載內容與申報不符	
215	處理、手術等治療不完整	
216	重複申報檢查、治療或處置項目	
217	未依規定檢附相關檢查、檢驗報告	
249	其他違反相關法令規定： 1. 不符合審查注意事項____條 2. 應屬同一療程	
299	其他與支付標準規定不符： 1. 醫師無簽章或處置無法確認行醫程序合法完成 2. 病歷記載上無法確認醫療實際需求與正當性	

二、中醫專業審查不予支付理由代碼編碼說明

中華民國九十一年七月廿三日中醫總額支付委員會第七次委員會議通過

壹、代碼僅供審查輔助，而非要求審查醫事人員限用或遷就本代碼；如審查醫事人員認為代碼不敷使用，或認為不易於使用，仍請其依據全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法，清楚說明不予支付之內容及理由。

貳、編碼分類原則說明：

一、以支付標準歸類來區隔，另外加上支付標準中所缺乏之「病歷記錄」、「其他違反相關法令」等類。

二、除共通性項目外，另增加非支付標準類別者，例如「病歷記錄」含括病歷記錄之規範，基本診察及檢查、檢驗之收案條件。

三、不予支付理由採「原則」來敘明，各項理由不針對個別支付項目列出，而以「原則」方式說明。

四、法源：係依據全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第十七條第一項中之各款。

參、代碼編碼方式：大分類+序號+C

一、第一碼：大分類(數字碼)

1.病歷記錄

2.基本診療

3.藥品

4.檢查、檢驗

5.其他不符支付標準或審查規定

二、第二、三碼：前(第一)碼各分類下之序號

三、第四碼：一律為「C」，作為新舊碼識別之用

肆、代碼之增別：審查小組及地區審查分組如認有增列必要，請將審查醫事人員不予支付理由彙總後，提請醫審小組統一增列。

伍、專業審查不予支付理由法原：依據「全民健康保險醫事服務機構

醫療服務審查辦法」第十五條 保險醫事服務機構申報醫療服務點數案件經專業審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之服務，並註明不予支付內容及理由。

- 一、治療與內情診斷不符。
- 二、因診療行為引發之非必要連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與本保險支付標準規定不符。
- 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師認定字跡難難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符或有重複現。
- 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、適應症不符，不應申報論病例計酬案件。
- 十四、論病例計酬案件醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件計有不當移轉至他次門、住院施行。
- 十六、論病例計酬案件不符出院條件。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

三、中醫專業審查不予支付理由代碼

九十一年七月廿三日中醫總額支付委員會第七次委員會議通過

病歷紀錄

- 101C 資料不全：未附病歷(含影像等)/報告，或所附病歷資料不齊(實施本項(診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品)，未依規定附期限內之相關病歷資料(檢查/檢驗報告))
- 102C 無充分病歷資料(如主訴、病史、檢查檢驗結果、治療經過等)/或僅附電腦處方箋，無法支持其診斷與治療內容
- 103C 所附病歷(含影像等)/報告錯誤，或所附資料錯誤/不符(非本個案或基本資料、性別、日期/期限等錯誤)
- 104C 病歷醫囑記錄上無醫師簽名或蓋章，該部分費用應予核扣
- 105C 檢查報告或治療記錄無執行(醫師/醫檢師/治療師)簽章
- 106C 月 日後醫師診療之病程紀錄無醫師簽名或蓋章，該部分診察費用應予核扣
- 107C 病歷未記載/無醫囑；或申報項目/數量與病歷記載不符
- 108C 治療紀錄皆以定型化單張勾選，缺乏個別病患之具體治療內容
- 109C 病歷記錄缺乏具體內容或過於簡略(主訴、病況、治療經過等)，或無辨證論治，無法支持其診斷與治療內容/未能顯示或判斷施予該項(診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材)之適當理由或必要性。
- 110C 病歷記錄內容揣測描述甚多但不具體，且不符合醫學常理，無法支持其診斷與治療內容
- 111C 不同病患但所附病歷資料均雷同，有不實記載之嫌
- 112C 所附病歷資料每次記載內容均雷同，有不實記載之嫌
- 113C 所附病歷資料凌亂，未依診療次序裝釘，無法辨識
- 114C 病歷記載字跡過於潦草，無法辨識
- 115C 病歷記載內容與醫令或申報不符

基本診療

- 201C 依據病歷記載及病況，不足以支持實施本項(診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品)
- 202C 屬同療程之(診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品)，不應重複申報
- 203C 本患者在該院所之看診次數頻繁，依據病況反病歷紀錄判斷並無需如此頻繁就醫，且亦不符醫學常理；屬非必要之連續就診，另應加強對於病患之說明/衛生教育
- 204C 治療內容與本保險支付標準不符
- 205C 治療與醫令/病歷記載不符
- 206C 其他不合臨床常規之醫療藥品
- 301C 已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品之必要
- 302C 適應症/種類/用量(劑量/天數等)不符藥品/給付一般通則規定
- 303C 用藥份量重複(重複者:)
- 304C 申報藥品天數，不符醫學常規/一般醫理或慣用通則
- 305C 使用藥量，不符醫學常規或有礙醫療品質
- 306C 處方用藥與醫令/病歷記載/本保險支付標準規定不符

檢查檢驗

- 401C 與病情無關之檢查/檢驗(含研究、預防或健康檢查)
- 402C 未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項檢查/檢驗，不符一般醫學常理/程序，且病歷未記載具體特殊理由
- 403C 施行該項檢查/檢驗過於頻繁不合常理/無特殊理由，該項檢查不應列為常規檢查/無例行性檢查之必要
- 404C 依據之前的檢查/檢驗，已足以進行診斷/已達追蹤病況之目的，不需要再施行本項檢查/檢驗

其他不符支付標準或審查規定

- 501C 不符審查注意事項一般原則第 條之規定
- 502C 不符審查注意事第 條之規定

- 備註：1.表中所列法源，指依據「全民健康保險醫事服務機構醫療服
審查辦法第十五條第一項之各款。」
- 2.不予支付理由「/」表示「或」。
- 3.審查醫師在使用 206C 代碼時，需加以說明理由。

陸、常見中醫審查問題

一、審查分組常見審查問題：

1. 審查醫師審查案件時，需確實達成(1) 時效性 (2) 合理性 (3) 一致性之審查目標。
2. 審查原則：專業審查時，需依據醫學原理；病情之輕重、治療之緩急及特約院所之醫療能力。並兼顧病患年齡、性別、疾病分佈及就醫文化、背景、.....依相關規定審核之，並對核減費用項目、核減代碼及核減理由詳加註明。
3. 審查醫師對審查通則、支付標準、專業審查注意事項、專業審查核減理由及代碼等相關規定未能充分瞭解，造成費用核減錯誤，或使用錯誤核減代碼及理由。
4. 專業審查不應過度偏向「學術性審查」。不宜使用審核學術論文之標準審查案件。

二、醫療院所常見審查問題：

1. 變更病名重覆申報診察費。
2. 病歷未依規定詳實記載，過於簡要或只記載「同上」，或病歷僅有病名而無主訴、症狀之病情記載。
3. 病歷記載不實：每次蓋卡即更換病名並記載「今日受傷」，似有規避專業審查之嫌。
4. 主訴、症狀之病情與病名不符。
5. 濫用慢性病病名，或慢性病診斷依據不夠確實，申報較多天數之藥費。
6. 不同患者、不同傷病部位，開立電腦規格化相同處方。

三、核減正確及錯誤範例

(以劃底線()或框框()表示病歷範例錯誤及問題之所在)

(一) 變更病名重複申報診察費一共二例【例一】

[病歷聯]

病歷號碼：0000705492 就診日期：0900403 流水號碼：457
病患姓名：廖 XX 出生日期：0510403 身份證號：L121XXXXXX
健保卡號：A4 就醫科別：204 中傷 部份負擔：R10 中醫
病名(一)：924.9 下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，未明示位置者。
病名(二)：724.2 腰痛
主 訴：下背酸痛，乏力，自 90-3-30 搬重起，俯仰困難，轉側不利，局部壓痛。
.....醫令.....

Spine view：1.0 次 Spine view(第 2 1.0 次
診治醫師：王大維 診號：1-533-013

※ 4/5：A5-1 與 4/3：A4 屬同一傷病，重覆申報診察費

[病歷聯]

病歷號碼：0000705492 就診日期：0900405 迄 0900416 流水號碼：777
病患姓名：廖 XX 出生日期：0510403 身份證號：L121XXXXXX
健保卡號：A5-1 就醫科別：204 中傷 部份負擔：R20
病名(一)：724.2 腰痛
主 訴：下背酸痛，乏力，自 90-3-30 搬重起，俯仰困難，轉側不利，局部壓痛。
治療穴位：腰 [4B]，傷科處理，理筋手法，外敷萬靈膏，針灸處理，穴位：腎俞，大腸俞，腰俞，秩邊，華佗夾脊，委中，深度按摩法，腰部背伸法，按壓法。
.....醫令.....

傷科治療處置	1.0 次	傷科治療處置	1.0 次	傷科治療處置	1.0 次
傷科治療處置	1.0 次	傷科治療處置	1.0 次	傷科治療處置	1.0 次

診治醫師：王大維 診號：2-532-020

[病歷聯]

病歷號碼：0000705492 就診日期：0900405 迄 0900406 流水號碼：0
病患姓名：廖 XX 出生日期：0510403 身份證號：L121XXXXXX
健保卡號：A5-2 就醫科別：204 中傷 部份負擔：R20
病名(一)：724.2 腰痛
主 訴：下背酸痛，乏力，自 90-3-30 搬重起，俯仰困難，轉側不利，局部壓痛。
治療穴位：腰 [4B]，傷科處理，理筋手法，外敷萬靈膏，針灸處理，穴位：腎俞，大腸俞，腰俞，秩邊，華佗夾脊，委中，深度按摩法，腰部背伸法，按壓法。
.....醫令.....

傷科治療處置 1.0 次
診治醫師：王大維 診號：2-532-040

[病歷聯]
 病歷號碼：0000705492 就診日期：0900405 迄 0900410 流水號碼：0
 病患姓名：廖 XX 出生日期：0510403 身份證號：L121XXXXXX
 健保卡號：A5-3 就醫科別：204 中傷 部份負擔：R20
 病名(一)：724.2 腰痛
 主 訴：下背酸痛，乏力，自 90-3-30 搬重起，俯仰困難，轉側不利，局部壓痛，右甚。
 治療穴位：腰〔4B〕，傷科處理，理筋手法，外敷萬靈膏，針灸處理，穴位：腎俞，大腸俞，腰俞，秩邊，華佗夾脊，委中，深度按摩法，腰部背伸法，按壓法。
醫令.....
 傷科治療處置：1.0 次
 診治醫師：王大維 診號：2-533-006

[病歷聯]
 病歷號碼：0000705492 就診日期：0900405 迄 0900412 流水號碼：0
 病患姓名：廖 XX 出生日期：0510403 身份證號：L121XXXXXX
 健保卡號：A5-4 就醫科別：204 中傷 部份負擔：R20
 病名(一)：724.2 腰痛
 主 訴：下背酸痛，乏力，自 90-3-30 搬重起，俯仰困難，轉側不利，局部壓痛，右甚。
 治療穴位：腰〔4B〕，傷科處理，理筋手法，外敷萬靈膏，針灸處理，穴位：腎俞，大腸俞，腰俞，秩邊，華佗夾脊，委中，深度按摩法，腰部背伸法，按壓法。
醫令.....
 傷科治療處置：1.0 次
 診治醫師： 診號：2-533-006

[病歷聯]
 病歷號碼：0000705492 就診日期：0900409 流水號碼：1924
 病患姓名：廖 XX 出生日期：0510403 身份證號：L121XXXXXX
 健保卡號：A6 就醫科別：204 中傷 部份負擔：R20
 病名(一)：724.2 腰痛
 主 訴：右膝膕痛，疼痛不適 從 90-4-5 開始 疑由腰部遷移轉來
 症 候：浮，薄白苔，舌淡紅
醫令.....

中醫門診藥費	7.0 日	疏經活血湯	56.0GM	桑寄生	7.0GM
牛膝(川)	7.0GM	黃柏(川)	7.0GM	知母	7.0GM
延胡索	7.0GM	骨碎補	7.0GM	陳皮	7.0GM

 診治醫師：王大維 診號：1-532-016

※ 4/9：A6 與 4/5：A5-1 為同一傷病，重覆申報診察費

(一) 變更病名重複申報診察費—共二例【例二】

001409	日期： <u>90/07/24</u>	No.104008 卡： <u>B1 847.0</u>	<u>頸之扭傷及拉傷</u>
[部] 頸	打掃清潔時受傷 07/04	針灸穴位：天宗	
頸項僵硬	頸椎神經根炎		
肌肉酸痛	上肢痠痛、黃苔		
[部] 背	針灸穴位：針灸處理		
背痛	針灸穴位：肩井		
脈：浮緊	針灸穴位：肩中俞	醫師： <u>王大維</u>	
包數：0	給藥日份：健保：0 包 1 天	服法：飯後	

001409	日期： <u>90/07/24</u>	No.104008 卡： <u>B2 780.500</u>	<u>睡眠障礙</u>
柴葛解飢湯	6.0 克 脈：弦細數		
天王補心丹	3.0 克 不易入睡，口渴，舌紅		
牡丹皮	1.5 克 頭暈，煩躁		
車前子	1.5 克		
黃芩	1.0 克		
秦艽	2.0 克	醫師： <u>王大維</u>	
包數：0	給藥日份：健保：3 包 6 天	服法：飯後	

※ **同一天就診，變更病名重複申報診察費**

(二) 病歷應依醫療法規定詳實記載，傷科應敘明理筋推拿手法，針灸應註明穴位，如未載明者，費用應予刪除—共二例【例一】

系統號：027481	病患姓名：李 XX	身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.06.01	保險類別：健保 A6-6	病患生日：53.05.03
病名：719.900/ 關節疾患		
主訴：背痛，背挫痛，工作因素	⇒ 主訴、症狀、病情與病名不符	
傷科處理：背	萬靈膏 1.0	
藥水薰洗	⇒ 未敘明推拿理筋手法	
醫師：王大維	069 1-1	

系統號：027481	病患姓名：李 XX	身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.06.12	保險類別：健保 B1-01	病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患		
主訴：背痛，背挫痛，工作因素		
針灸 背	萬靈膏 1.0	
手三里 內關 陽陵泉		
醫師：王大維	0008 2-1	

系統號：027481	病患姓名：李 XX	身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.06.14	保險類別：健保 B1-02	病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患		
主訴：背痛，背挫痛，工作因素		
傷科處理：背	萬靈膏 1.0	
藥水薰洗	⇒ 未敘明推拿理筋手法	
醫師：王大維	081 1-1	

系統號：027481	病患姓名：李 XX	身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.06.15	保險類別：健保 B1-03	病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患		
主訴：背痛，背挫痛，工作因素		
傷科處理：背	萬靈膏 1.0	
藥水薰洗	⇒ 未敘明推拿理筋手法	
醫師：王大維	039 1-1	

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.06.16 保險類別：健保 B1-04 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇒ 未敘明推拿理筋手法
醫師：王大維 0021 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.06.18 保險類別：健保 B1-05 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇒ 未敘明推拿理筋手法
醫師：王大維 0028 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.06.20 保險類別：健保 B1-06 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇒ 未敘明推拿理筋手法
醫師：王大維 0038 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.07.02 保險類別：健保 B2-01 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇒ 未敘明推拿理筋手法
醫師：王大維 0018 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.07.04 保險類別：健保 B2-02 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇒ 未敘明推拿理筋手法
醫師：王大維 0049 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.07.05 保險類別：健保 B2-03 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇨ **未敘明推拿理筋手法**
醫師：王大維 0047 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.07.06 保險類別：健保 B2-04 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇨ **未敘明推拿理筋手法**
醫師：王大維 0048 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.07.08 保險類別：健保 B2-05 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇨ **未敘明推拿理筋手法**
醫師：王大維 0029 1-1

系統號：027481 病患姓名：李 XX 身份證號：T121XXXXXX
就診日期：90.07.09 保險類別：健保 B2-06 病患生日：53.05.03
病名：719.900 / 關節疾患
主訴：背痛，背挫痛，工作因素
傷科處理：背 萬靈膏 1.0
藥水薰洗 ⇨ **未敘明推拿理筋手法**
醫師：王大維 0053 1-1

(二) 病歷應依醫療法規定詳實記載，傷科應敘明理筋推拿手法，針灸應註明穴位，如未載明者，費用應予刪除一共二例【例二】

就診：090/07/04 104352 吳XXX G2-1

生日：038/08/03 身份：一般 專案(健)

主訴：一個星期前跌倒，現右腳踝仍腫脹疼痛，曾於基隆醫院治療，走路會痛。

診斷：右踝挫傷

國際分類：924.21

藥品簡稱	日劑	單位	頻率	用法	日	總量
1 正骨紫金丹	9.0	克	TID	內服	6	54.0
處置簡稱		途徑	部位	劑量		成數
*0. (1)				1.0		100
*1. (2)				1.0		100
*2. <u>外敷(一)</u>				1.0		100
				1.0		100
3. B52 <u>傷科治療(開藥)</u>	8B	未敘明理筋推拿手法				
醫囑服法：						
部份負擔：100			藥費部份負擔：20			
醫師：王大維			患者：Q201XXXXXX			
藥師：李建國			追加費用：0			

301751

就診序號：0033

就診：090/07/26 104352 吳 XXX H6-1

生日：038/08/03 身份：一般 專案（健）

主訴：右腳踝仍稍腫脹

診斷：右踝挫傷

國際分類：924.21

藥品簡稱	日劑	單位	頻率	用法	日	總量
1 正骨紫金丹	9.0	克	TID	內服	6	54.0
處置簡稱		途徑	部位	劑量		成數
*0. (1)				1.0		100
*1. (2)				1.0		100
*2. <u>外敷(一)</u>				1.0		100
3. B53 <u>傷科治療 (開藥)</u>	8B			1.0		100
醫囑服法：						
部份負擔：100			藥費部份負擔：20			
醫師：王大維			患者：Q201XXXXXX			
藥師：李建國			追加費用：0			

未敘明理筋推拿手法

301809

就診序號：0020

就診：090/07/27 104352 吳 XXX H6-2

生日：038/08/03 身份：一般 專案（健）

主訴：右腳踝仍稍腫脹

診斷：右踝挫傷

國際分類：924.21

藥品簡稱	日劑	單位	頻率	用法	日	總量
處置簡稱		途徑	部位	劑量		成數
*0. (1)				1.0		100
*1. (2)				1.0		100
*2. <u>外敷(一)</u>				1.0		100
3. B54 <u>傷科治療 (未開)</u>	8B			1.0		100
醫囑服法：						
部份負擔：50			藥費部份負擔：0			
醫師：王大維			患者：Q201XXXXXX			
藥師：李建國			追加費用：0			

未敘明理筋推拿手法

301877 就診序號：0009
 就診：090/07/28 104352 吳 XXX H6-3
 生日：038/08/03 身份：一般 專案（健）
 主訴：右腳踝仍稍腫脹
 診斷：右踝挫傷
 國際分類：924.21

藥品簡稱	日劑	單位	頻率	用法	日	總量
處置簡稱		途徑	部位	劑量		成數
*0. (1)				1.0		100
*1. (2)				1.0		100
*2. <u>外敷(一)</u>				1.0		100
3. B54 <u>傷科治療 (未開)</u>	8B			1.0		100

醫囑服法：
 部份負擔：50 藥費部份負擔：0
 醫師：王大維 患者：Q201XXXXXX
 藥師：李建國 追加費用：0

301953 就診序號：0013
 就診：090/07/29 104352 吳 XXX H6-4
 生日：038/08/03 身份：一般 專案（健）
 主訴：右腳踝仍稍腫脹
 診斷：右踝挫傷
 國際分類：924.21

藥品簡稱	日劑	單位	頻率	用法	日	總量
處置簡稱		途徑	部位	劑量		成數
*0. (1)				1.0		100
*1. (2)				1.0		100
*2. <u>外敷(一)</u>				1.0		100
3. B54 <u>傷科治療 (未開)</u>	8B			1.0		100

醫囑服法：
 部份負擔：50 藥費部份負擔：0
 醫師：王大維 患者：Q201XXXXXX
 藥師：李建國 追加費用：0

就診：090/07/31 104352 吳 XXX H6-5

生日：038/08/03 身份：一般 專案(健)

主訴：右腳踝仍稍腫脹

診斷：右踝挫傷

國際分類：924.21

藥品簡稱	日劑	單位	頻率	用法	日	總量
處置簡稱		途徑	部位	劑量		成數
*0. (1)				1.0		100
*1. (2)				1.0		100
*2. <u>外敷(一)</u>				1.0		100
3. B54 <u>傷科治療(未開)</u>	8B			1.0		100

醫囑服法：
部份負擔：50
醫師：王大維
藥師：李建國

藥費部份負擔：0
患者：Q201XXXXXX
追加費用：0

未敘明理筋推拿手法

(三) 病歷未依規定詳實記載，過於簡要或只記載「同上」，或病歷僅有病名而無主訴、症狀之病情記載

病號：0000004255 姓名：劉 XX	就醫日期：90/07/06 流水號：106015
生日：71/12/12 卡：C4-1	病名： <u>感冒</u> 國際分類碼：487.1
雙解散 6.0 克	無主訴、症狀之病情記載
柴葛解飢湯 5.0 克	
包數：3	給藥日份：健保：3 包 4 天 服法：飯後
診治醫師簽章：王大維	調劑藥師簽章：李建國

病號：0000004255 姓名：劉 XX	就醫日期：90/07/10 流水號：110010
生日：71/12/12 卡：C5-1	病名： <u>感冒</u> 國際分類碼：487.1
雙解散 6.0 克	無主訴、症狀之病情記載
柴葛解飢湯 5.0 克	
包數：3	給藥日份：健保：3 包 4 天 服法：飯後
診治醫師簽章：王大維	調劑藥師簽章：李建國

病號：0000004255 姓名：劉 XX	就醫日期：90/07/14 流水號：114018
生日：71/12/12 卡：C6-1	病名：肌痛及肌炎 國際分類碼：729.10
工作時間長，項背疼痛，不舒筋緊，雙肩胛酸痛	
〔部〕背	
傷科處理	
推拿	
拔罐	
外敷三黃散	
包數：0	給藥日份：健保：0 包 1 天 服法：
診治醫師簽章：王大維	調劑藥師簽章：李建國

病號：0000004255 姓名：劉 XX 就醫日期：90/07/16 流水號：116015
生日：71/12/12 卡：C6-2 病名：肌痛及肌炎 國際分類碼：729.10
工作時間長，項背疼痛，不舒筋緊，雙肩胛酸痛
治療後背痛減輕
〔部〕背
傷科處理
推拿
拔罐
外敷三黃散
包數：0 給藥日份：健保：0 包 1 天 服法：
診治醫師簽章：王大維 調劑藥師簽章：李建國

病號：0000004255 姓名：劉 XX 就醫日期：90/07/25 流水號：125001
生日：71/12/12 卡：D1-1 病名：眼疾 國際分類碼：379.900
洗肝明目散 6.0 克
龍膽瀉肝湯（甲） 5.0 克
無主訴、症狀之病情記載
包數：3 給藥日份：健保：3 包 4 天 服法：飯後
診治醫師簽章：王大維 調劑藥師簽章：李建國

(四) 字跡過於潦草，難以辨識

月	日	日期 (Code)	內容
90	4	20日 (C5)	...
90	4	27日 (D1)	...
90	5	4日 (D3)	...
90	5	25日 (E3)	...
90	5	1日 (E5)	...
90	6	8日 (E6)	...
90	6	15日 (F2)	...
90	6	22日 (E3)	...

(五) 治療處置不完整，核減處置費—共二例【例一】

病號：	姓名：謝 XX	就醫日期：90/07/03	流水號：01030061
生日：70/11/17	身證：A124XXXXXX	卡序：B6	病名：719.400
			關節痛（肘）
			關節痛（膝）
A9 醫令	A10 藥品	診療項目或藥品、材料名稱規格	A11a 用法及用量或牙醫診療部位
類別	代號或項目代號		A11b 支付成數
			A12 總量
			A1 3
			A14 金額
2	B42	主病名：關節痛（肘）	100
		針灸治療處置費	20
		病名：關節痛（膝）	200
		外傷疼痛	0
		〔部〕肘（左）	
		<u>針灸穴位：三陰交，針灸處理</u>	
		<u>針灸穴位：陽陵泉，血海，陰</u>	
		<u>陵泉</u>	
		左手肘酸痛	
		抽痛	
		右膝腫痛	
藥費小計(或中醫給藥申報金額)		0	服法：
診療及材料 金額		200	
診治醫師：王大維		調劑醫師：李建國	
			診 察 費 : 0
			藥事服務費 : 0
			代 辦 費 : 0
			合計金額 : 200
			部份負擔金額: 0
			申請金額 : 200

※ 治療不完整無肘部治療

(五) 治療處置不完整，核減處置費一共二例【例二】

病號：004227	姓名：施 XXX	就醫日期：90/04/14	流水號：114005
生日：35/01/29	卡：E1-6	病名：腰痛	國際分類碼：724.2
<u>腰痛，腰酸</u>		[部]上臂(右)	
<u>病程一年以上</u>		<u>針灸穴位：曲池</u>	
<u>病情改善，舌胖大齒痕</u>		<u>針灸穴位：臂臑</u>	
<u>病情明顯改善</u>		<u>針灸穴位：肩後</u>	
脈：弦		<u>針灸穴位：針灸處理</u>	
脈：滑		<u>針灸穴位：肩貞</u>	
脈：緩		<u>針灸穴位：天宗</u>	
	包數：0	給藥日份：健保：0包1天	服法：
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：004227	姓名：施 XXX	就醫日期：90/07/16	流水號：116004
生日：35/01/29	卡：E2-1	病名：腰痛	國際分類碼：724.2
<u>腰痛，腰酸</u>		針灸穴位：針灸處理	
<u>病程一年以上</u>		針灸穴位：肩貞	
<u>病情改善，舌胖大齒痕</u>		蠲痺湯 2.5 克	
<u>病情明顯改善</u>		五積散 2.0 克	
脈：弦		獨活寄生湯 2.5 克	
脈：滑		穿山龍 1.0 克	
[部]上臂(右)		白芷 0.3 克	
針灸穴位：曲池		牛膝 0.5 克	
針灸穴位：肩髃			
	包數：3	給藥日份：健保：3包6天	服法：飯後
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：004227	姓名：施 XXX	就醫日期：90/07/18	流水號：118006
生日：35/01/29	卡：E2-2	病名：腰痛	國際分類碼：724.2
<u>腰痛，腰酸</u>		[部]上臂(右)	
<u>病程一年以上</u>		<u>針灸穴位：臂臑</u>	
<u>病情改善，舌胖大齒痕</u>		<u>針灸穴位：肩髃</u>	
<u>病情明顯改善</u>		<u>針灸穴位：針灸處理</u>	
脈：弦		<u>針灸穴位：肩貞</u>	
脈：滑			
	包數：0	給藥日份：健保：0包1天	服法：
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：004227	姓名：施 XXX	就醫日期：90/07/19	流水號：119003
生日：35/01/29	卡：E1-6	病名：腰痛	國際分類碼：724.2
<u>腰痛，腰酸</u>		<u>針灸穴位：臂臑</u>	
<u>病程一年以上</u>		<u>針灸穴位：曲池</u>	
<u>病情改善，舌胖大齒痕</u>		<u>針灸穴位：肩髃</u>	
<u>病情明顯改善</u>		<u>針灸穴位：風池</u>	
脈：弦		<u>針灸穴位：針灸處理</u>	
脈：滑		<u>針灸穴位：天宗</u>	
[部] 上臂 (右)		<u>針灸穴位：肩貞</u>	
	包數：0	給藥日份：健保：0 包 1 天	服法：
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

※ **治療與主訴不符**

(六) 其它不合臨床常規之醫療，治療次數頻繁

6.流水號 000337	1.資料格式 11 費用明細	2.醫事機構 中醫診所	3.費用年月 90/08	4.申報類別 送核	5.案件分類 29			
7.治療項目：C4		8.姓名：林 xx		9.就醫科別：60				
10.就醫日期：90/08/04 (至 90/08/09)		11.生日：10/01/18		12.身份證號：F100XXXXXX				
13.健卡序號：M3	14.給付類別：4	15.部份負擔：\$20		16.轉入院所：N				
17.是否轉出：否		疾病分類：18.729.10		19. 20.				
21.主手術一：		傷病名稱：肌痛，肌炎，13/20/89，全身無力，大腿側及小腿酸痛甚						
22.給藥日份：00		23.處方：未開處方						
24.次手術二：		35.慢性病連續處方箋總處方日份：						
A9 醫令 類別	A10 藥品 代號或項 目代號	診療項目或藥 品、材料名稱規 格	A11a 用法及用量或牙 醫診療部位	A11b 支付成 數	A12 總量	A13 單價	A14 金額	審 查 欄
2	B54	傷科治療 藥水薰洗 理筋推拿 換藥包紮	9	1.00	(1)08/04	200	200	
2	B54	傷科治療 藥水薰洗 理筋推拿 換藥包紮	9	1.00	(2)08/05	200	200	
2	B42	針灸治療 風市，梁丘，三陰交	9	1.00	(3)08/06	200	200	
2	B42	針灸治療 地機，崑崙，陰陵泉	9	1.00	(4)08/07	200	200	
2	B42	針灸治療 伏兔，條口，承山	9	1.00	(5)08/08	200	200	
2	B54	傷科治療 藥水薰洗 理筋推拿 換藥包紮	9	1.00	(6)08/09	200	200	
藥費小計(或中醫給藥申報金額)			1200	服法：				
診療及材料 金額			1200					
診治醫師：王大維			調劑醫師：李建國					
				診 察 費	：200			
				藥事服務費	： 0			
				代 辦 費	： 0			
				合計金額	：1420			
				部份負擔金額	： 200			
				申請金額	：1220			

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.09 保險類別：健保 L2-06 病患生日：10.01.18
病 名：723.1 / 頸椎痛
主訴：左半身酸痛，痛稍緩和但無力，右手肘手指關節痛，
 頸項痛，不能轉側，充份休息則漸轉好
針灸處理 2 部位 孔最 尺澤 大椎
醫師：王大維 0042 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.10 保險類別：健保 L3-01 病患生日：10.01.18
病 名：846.0 / 腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛
針灸處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0055 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.11 保險類別：健保 L3-02 病患生日：10.01.18
病 名：846.0 / 腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛
針灸處理 2 部位 志室
崑崙 秩邊
醫師：王大維 0047 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.12 保險類別：健保 L3-03 病患生日：10.01.18
病 名：846.0 / 腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛
針灸處理 2 部位 志室
 柱 三陰交
醫師：王大維 0065 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.14 保險類別：健保 L3-04 病患生日：10.01.18
病 名：846.0 / 腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛
針灸處理 2 部位 曲垣
後谿 合陽
醫師：王大維 0055 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.15 保險類別：健保 L3-05 病患生日：10.01.18
病 名：846.0／腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛
針灸處理 2 部位 曲垣
後谿 風市
醫師：王大維 0060 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.16 保險類別：健保 L3-06 病患生日：10.01.18
病 名：846.0／腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛，持續治療
中
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0046 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.07.17 保險類別：健保 L5-01 病患生日：10.01.18
病 名：846.0／腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛，持續治療
中
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0130 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.01 保險類別：健保 L5-04 病患生日：10.01.18
病 名：846.0／腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛，持續治
療中
針灸處理 2 部位 志室
步廊 飛揚
醫師：王大維 0045 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.02 保險類別：健保 L5-05 病患生日：10.01.18
病 名：846.0 / 腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛，持續治療中
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0043 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.03 保險類別：健保 L5-06 病患生日：10.01.18
病 名：846.0 / 腰骶關節韌帶之扭傷及拉傷
主訴：左半身酸痛，今復發酸痛則不舒，腰酸痛，坐臥乃痛隱隱作痛，持續治療中
針灸處理 2 部位 志室
步廊 飛揚
醫師：王大維 0026 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.04 保險類別：健保 M3-01 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0067 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.05 保險類別：健保 M3-02 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0029 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.06 保險類別：健保 M3-03 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
針灸處理 2 部位 風市
梁丘 三陰交
醫師：王大維 0056 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.07 保險類別：健保 M3-04 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
針灸處理 2 部位 地機
崑崙 陰陵泉
醫師：王大維 0047 1-1

系統號：013445 病患姓名：林大成 病歷號：13445
就診日期：90.08.08 保險類別：健保 M3-05 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
針灸處理 2 部位 伏兔
條口 承山
醫師：王大維 0048 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.09 保險類別：健保 M3-06 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0074 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.11 保險類別：健保 M5-01 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0004 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.12 保險類別：健保 M5-02 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
針灸處理 2 部位 地機
崑崙 陰陵泉
醫師：王大維 0030 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.13 保險類別：健保 M5-03 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
針灸處理 2 部位 伏兔
條口 承山
醫師：王大維 0101 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.14 保險類別：健保 M5-04 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛
針灸處理 2 部位 股門
崑崙 髀關
醫師：王大維 0046 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.15 保險類別：健保 M5-05 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛，痛稍緩和但無力
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0093 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.16 保險類別：健保 M5-06 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 肌痛，肌炎
主訴：13/20/89 全身無力，大腿側及小腿酸痛甚，隱隱作痛，痛稍緩和但無力
針灸處理 2 部位 地機
崑崙 陰陵泉
醫師：王大維 0046 1-1

系統號：013445 病患姓名：林 XX 病歷號：13445
就診日期：90.08.17 保險類別：健保 N1-01 病患生日：10.01.18
病 名：729.10 / 背痛
主訴：後臂牽及小腿酸痛，由腰痛至背痛不能久坐，坐臥乃痛，長期久坐後更加
酸痛。
傷科處理 2 部位 熱敷
理筋推拿 外敷包紮
醫師：王大維 0082 1-1

※ 其它不合臨床常規之醫療，治療次數頻繁

(七) 濫用慢性病病名，或慢性病診斷依據不夠確實，申報較多天數之藥費(核減 90-08-15 藥費)一共二例【例一】

系統號：000300	姓名：楊 XX	身份證：F129xxxxxx	生日：85.09.23
日期：90.07.19	保險：健保 D1	病名：582.9	腎徵候群
頻尿	盲腸開刀後	消化不良	小便清長 緩緩
小建中湯 4.0 克	補中益氣湯 3.0 克	麻黃 .5 克	
白果 1.0 克	覆盆子 1.0 克	內金 .5 克	
山查 .5 克	神麩 .5 克	麥芽 .5 克	
醫師：王大維	3 * 6 飯後		0036 90/07 1-1

系統號：000300	姓名：楊 XX	身份證：F129xxxxxx	生日：85.09.23
日期：90.07.28	保險：健保 D2	病名：582.9	腎徵候群
頻尿	盲腸開刀後	消化不良	小便清長 改善 緩緩
小建中湯 4.0 克	補中益氣湯 3.0 克	麻黃 .5 克	
白果 1.0 克	覆盆子 1.0 克	內金 .5 克	
山查 .5 克	神麩 .5 克	麥芽 .5 克	
醫師：王大維	3 * 6 飯後		0046 90/07 1-1

系統號：000300	姓名：楊 XX	身份證：F129xxxxxx	生日：85.09.23
日期：90.08.07	保險：健保 D3	病名：582.9	腎徵候群
頻尿	盲腸開刀後	消化不良	小便清長 改善 緩緩
小建中湯 4.0 克	補中益氣湯 3.0 克	麻黃 1.0 克	
白果 1.0 克	覆盆子 1.0 克	枳殼 1.0 克	
醫師：王大維	3 * 6 飯後		0035 90/07 1-1

系統號：000300	姓名：楊 XX	身份證：F129xxxxxx	生日：85.09.23
日期：90.08.15	保險：健保 D4	病名：582.9	腎徵候群
頻尿	盲腸開刀後	消化不良	小便清長 改善 緩緩
補中益氣湯 3.0 克	麻黃 1.0 克	白果 1.0 克	
覆盆子 1.0 克	枳殼 1.0 克	枳殼 1.0 克	
醫師：王大維	3 * 6 飯後		0037 90/08 1-1

※主訴症狀與病名不符，不符合慢性病的給付規定

系統號：000300	姓名：楊 XX	身份證：F129xxxxxx	生日：85.09.23
日期：90.09.10	保險：健保 E2	病名：487.1	感冒
流鼻水	噴嚏	咳嗽	緩緩
葛根湯 5.0 克	銀翹散 5.0 克	荊芥 1.0 克	
防風 1.0 克	百部 1.0 克	板藍根 1.0 克	
醫師：王大維	4 * 3 飯後		0018 90/09 1-1

系統號：000300	姓名：楊 XX	身份證：F129xxxxxx	生日：85.09.23
日期：90.09.22	保險：健保 E5	病名：472.0	慢性鼻炎
鼻子過敏	噴嚏	咳嗽	緩緩
小青龍湯 6.0 克	保和丸 6.0 克	黃芩 .5 克	
醫師：	3 * 6 飯後		0044 90/09 1-1

(七) 濫用慢性病病名，或慢性病診斷依據不夠確實，申報較多天數之藥費—共二例【例二】

流水號碼：3932	費用年月：090/04	案件分類：24 中醫	申報類別：送核
特定診療：04	病患姓名：廖 XXX	就醫科別：60 中醫(203)	抽審序號：176
就醫日期：090/04/12	治療迄日：	出生日期：018/06/22	身份證號：
健保序號：B6	給付類別：4 普通	部分負擔：001 重大	B200XXXXXX
是否轉出：N	主手術碼：		轉入院所：N
給藥天數：14	調劑方式：	慢性處方：N	
國際病碼：(1)585	慢性腎衰竭		慢性總日：
國際病號：(2)780.50	未明示之睡眠障礙		
國際病碼：(3)			

類健保醫令	醫令名稱	用法、用量、部位	成數	總量	單價	金額	審 查 欄
1 A21	中醫門診藥費 (每	1.0	1.00	14.0	30.00	420	
4 CPGLI	日)		1.00	42.0			
4 CPDHMDT	甘露飲		1.00	56.0			
4 CPMTZRU	大黃牡丹湯		1.00	42.0			
4 CPPUS	麻子仁丸		1.00	28.0			
4 CPTSSII2	平胃散		1.00	28.0			
4 CPCHLTZ	蠶砂		1.00	14.0			
4 CPLFTZ	川棟子 萊菔子		1.00	14.0			

主訴：慢性腎衰竭 泡沫尿 腰酸 腳膝無力
多夢、眠差、口乾、便秘

症候：脈弦細、薄白苔、舌淡白

※ 主訴記載不詳實濫用慢性病

(八) 同一組針灸穴位治療時間過長

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/08/31	流水號：331005
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：D4-1	病名：729.10 肌痛及肌炎
西醫：胸椎第12節呈梯字形，脊	A156 七厘散(白)	4.0克	藥費：150
柱兩旁肌肉酸痛，因跌倒所致，	B109 桑寄生	1.2克	治療費：100
舌紅薄白苔，脈平，因工作覺疲	B204 伸筋草(白)	1.2克	診察費：220
累感，有時自覺心跳較弱。	B68 杜仲	1.2克	藥服費：10
胸椎第十二椎局部按壓酸感，不	B139 准牛膝(白)	1.2克	合計：480
適感續減	B80 狗脊	1.2克	自付額：70
疏經活血湯 5.0克	針灸：懸樞		總計：410
診治醫師簽章：王大維	包數：3包	給藥日份：5天健保	服法：飯後
	調劑藥師簽章：李建國		

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/08/31	流水號：331005
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：D4-1	病名：729.10 肌痛及肌炎
針灸：脊中			藥費：150
針灸：中樞			治療費：100
針灸：後谿			診察費：220
針灸：針灸處理			藥服費：10
			合計：480
			自付額：70
			總計：410
	包數：3包	給藥日份：5天健保	服法：飯後
診治醫師簽章：王大維	調劑藥師簽章：李建國		

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/09/01	流水號：301010
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：D4-2	病名：729.10 肌痛及肌炎
西醫：胸椎第12節呈梯字形，脊	針灸：懸樞		藥費：0
柱兩旁肌肉酸痛，因跌倒所致，	針灸：脊中		治療費：200
舌紅薄白苔，脈平，因工作覺疲	針灸：中樞		診察費：0
累感，有時自覺心跳較弱。	針灸：後谿		藥服費：200
胸椎第十二椎局部按壓酸感，不	針灸：針灸處理		合計：0
適感續減			自付額：0
[部]背			總計：200
	包數：	給藥日份：天健保	服法：未指定
診治醫師簽章：王大維	調劑藥師簽章：李建國		

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/09/03	流水號：303001
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：D4-3	病名：729.10 肌痛及肌炎
西醫：胸椎第12節呈梯字形， <u>脊</u>	<u>針灸：懸樞</u>		藥費：0
柱兩旁肌肉酸痛，因跌倒所致， <u>針灸：脊中</u>			治療費：200
舌紅薄白苔，脈平，因工作覺疲	<u>針灸：中樞</u>		診察費：0
累感，有時自覺心跳較弱。	<u>針灸：後谿</u>		藥服費：200
胸椎第十二椎局部按壓酸感，不	<u>針灸：針灸處理</u>		合計：0
適感續減			自付額：0
[部]背			總計：200
	包數：	給藥日份：	天健保 服法：未指定
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/09/03	流水號：303001
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：D4-3	病名：729.10 肌痛及肌炎
西醫：胸椎第12節呈梯字形， <u>脊</u>	<u>針灸：懸樞</u>		藥費：0
柱兩旁肌肉酸痛，因跌倒所致， <u>舌</u>	<u>針灸：脊中</u>		治療費：200
紅薄白苔，脈平，因工作覺疲累	<u>針灸：中樞</u>		診察費：0
感，有時自覺心跳較弱。	<u>針灸：後谿</u>		藥服費：200
胸椎第十二椎局部按壓酸感，不適	<u>針灸：針灸處理</u>		合計：0
感續減，現向後挺腰較無酸痛感			自付額：0
[部]背			總計：200
	包數：	給藥日份：	天健保 服法：未指定
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/09/04	流水號：304002
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：D4-4	病名：729.10 肌痛及肌炎
西醫：胸椎第12節呈梯字	<u>針灸：懸樞</u>		藥費：0
形，脊柱兩旁肌肉酸痛，因跌	<u>針灸：脊中</u>		治療費：200
倒所致，舌紅薄白苔，脈平，	<u>針灸：中樞</u>		診察費：0
因工作覺疲累感，有時自覺心	<u>針灸：後谿</u>		藥服費：200
跳較弱。	<u>針灸：針灸處理</u>		合計：0
胸椎第十二椎局部按壓酸			自付額：0
感，不適感續減，現向後挺腰			總計：200
較無酸痛感	包數：	給藥日份：	天健保 服法：未指定
[部]背			
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/08/09	流水號：304002
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：D4-6	病名：923.20 手挫傷
左手腕扭傷已數週，因工作所致			藥費：0
90-8-7 搬重物導致復發			治療費：200
症平			診察費：0
傷科處理			藥服費：0
外敷金黃散			合計：200
理筋手法			自付額：50
〔部〕腕（左）			總計：150
包數： 給藥日份： 天健保 服法：未指定			
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/08/10	流水號：331005
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：C6-1	病名：729.10 肌痛及肌炎
西醫：胸椎第 12 節呈梯字 B204	伸筋草（白）	1.0 克	藥費：150
形，脊柱兩旁肌肉酸痛，因跌 B68	杜仲	1.0 克	治療費：100
倒所致，舌紅薄白苔，脈平，B139	淮牛膝（白）	1.0 克	診察費：220
因工作覺疲累感，有時自覺心 B80	狗脊	1.0 克	藥服費：10
跳較緩。症平	B164 葛根	1.0 克	合計：480
A109 疏經活血湯	4.0 克	〔部〕背	自付額：70
A60 炙甘草湯	5.0 克	<u>針灸：懸樞</u>	總計：410
B109 桑寄生	1.0 克	<u>針灸：脊中</u>	
包數：3 包 給藥日份：7 天健保 服法：飯後			
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：008493	姓名：陳XX	就醫日期：90/08/10	流水號：331005
生日：64/09/15	身證：B121xxxxxx	卡序：C6-1	病名：729.10 肌痛及肌炎
<u>針灸：中樞</u>			藥費：210
<u>針灸：後谿</u>			治療費：100
針灸：針灸處理			診察費：220
			藥服費：10
			合計：540
			自付額：90
			總計：450
包數：3 包 給藥日份：7 天健保 服法：飯後			
診治醫師簽章：王大維		調劑藥師簽章：李建國	

病號：008493 姓名：陳 XX	就醫日期：90/08/11	流水號：311008
生日：64/09/15 身證：B121xxxxxx 卡序：D4-3	病名：729.10 肌痛及肌炎	
西醫：胸椎第 12 節呈梯字	針灸：中樞	藥費：0
形，脊柱兩旁肌肉酸痛，因跌	針灸：後谿	治療費：200
倒所致，舌紅薄白苔，脈平，	針灸：針灸處理	診察費：0
因工作覺疲累感，有時自覺心		藥服費：200
跳較緩，症減。		合計：0
[部]背		自付額：0
針灸：懸樞		總計：200
針灸：脊中	包數：	給藥日份：天健保 服法：未指定
診治醫師簽章：王大維	調劑藥師簽章：李建國	

病號：008493 姓名：陳 XX	就醫日期：90/08/13	流水號：313003
生日：64/09/15 身證：B121xxxxxx 卡序：C6-3	病名：729.10 肌痛及肌炎	
西醫：胸椎第 12 節呈梯字	針灸：脊中	藥費：0
形，脊柱兩旁肌肉酸痛，因跌	針灸：中樞	治療費：200
倒所致，舌紅薄白苔，脈平，	針灸：後谿	診察費：0
因工作覺疲累感，有時自覺心	針灸：針灸處理	藥服費：200
跳較緩，症減。		合計：0
陰雨天覺酸痛增加		自付額：0
[部]背		總計：200
針灸：懸樞	包數：	給藥日份：天健保 服法：未指定
診治醫師簽章：王大維	調劑藥師簽章：李建國	

(九) 處置與病情或病名不符 (傷科處置不符中醫支付標準表中傷科
治療適應證之規定)

病統號：005957 姓名： 身證：0200248284 生日：80.03.28
地址：台中市北屯區××里××路二段57號9樓 電話：0422363671
病史：
日期：90.08.15 保險：健保 B3-01 病名：368.90 視覺障礙
主訴：近目痠澀 高度近視
脈弦 舌質紅 苔薄
處方：傷科處理 頭 推拿 推拿按摩
藥洗推瘀
醫師：王大維

日期：90.08.22 保險：健保 B3-02 病名：368.90 視覺障礙
主訴：近目痠澀 高度近視
脈弦 舌質紅 苔薄
處方：傷科處理 頭 推拿 推拿按摩
藥洗推瘀
醫師：王大維

日期：90.08.29 保險：健保 B3-03 病名：368.90 視覺障礙
主訴：近目痠澀 高度近視
脈弦 舌質紅 苔薄
處方：傷科處理 頭 推拿 推拿按摩
藥洗推瘀
醫師：王大維

※ 視覺障礙以傷科處理藥水清洗，處治與病情不符

(十) 申復案件同意補付案件

流水號	身份證字號	傷病名稱	內容	數量	金額	理由	審核意見
77	E100xxxxxxx	780.500 睡眠障礙	210 治療內容 與支付標準規定不符	1	400	本案患者於 5/7, 5/17, 5/26 皆前來本院針灸並開藥因屬同一療程，故月藥天數合計為 21 天，一併申報，而 5/17, 5/26 並未申報診察費，請明察。	同意補付
106	E102xxxxxxx	724.2 腰痛	210 治療內容 與支付標準規定不符	1	210	本案患者於 5/1, 5/9 經本院針灸並開藥，因屬同一療程，故用藥天數合計為 14 天，一併申報，而，5/9 並未申報診察費，請明察。	同意補付
合		計		人次	2	630	

病歷號碼：105927 姓 名：黃 XX 出生日期：044/07/31
 身份號碼：E100xxxxxx 電話碼碼：(07)383-xxxx 優免身份：(一般)
 職 業：工 籍 貫：高雄市
 地 址：高市三民區 XX 路 XX 號

健保申報病歷：

90/05/07

卡號：B2-1 診斷：睡眠障礙 國際分類代碼：780.500

失眠 難入眠 易驚醒 多惡夢 緊張 焦慮 脈沉 苔薄白

處方：	藥品名稱	劑量	單位	日份	用法
	1.夜交藤	4.0	克	7	內服
	2.酸棗仁	2.0	克	7	內服
	3.生地黃	1.0	克	7	內服
	4.百合	1.0	克	7	內服
	5.白芍藥	1.0	克	7	內服
	6.茯神	1.0	克	7	內服
	7.石決明	1.0	克	7	內服
	8.龍骨	1.0	克	7	內服
	9.五味子	0.5	克	7	內服
	10.黃蓮	0.3	克	7	內服
	11.肉桂	0.2	克	7	內服
處置名稱	時程	途徑	部位	劑量	成數
1.針灸(有藥)				1.0	100
2.百會穴			1A	1.0	100
3.內關穴			65	1.0	100
4.神門穴			65	1.0	100
5.三陰交穴			87	1.0	100

醫囑服法：

90/05/17

卡號：B2-2 診斷：睡眠障礙

國際分類代碼：780.500

失眠 難入眠 易驚醒 多惡夢 緊張 焦慮 脈沉 苔薄白

處方：	藥品名稱	劑量	單位	日份	用法
	1.夜交藤	4.0	克	7	內服
	2.酸棗仁	2.0	克	7	內服
	3.生地黃	1.0	克	7	內服
	4.百合	1.0	克	7	內服
	5.白芍藥	1.0	克	7	內服
	6.茯神	1.0	克	7	內服
	7.石決明	1.0	克	7	內服
	8.龍骨	1.0	克	7	內服
	9.五味子	0.5	克	7	內服
	10.黃蓮	0.3	克	7	內服
	11.肉桂	0.2	克	7	內服
處置名稱	時程	途徑	部位	劑量	成數
1.針灸(有藥)				1.0	100
2.百會穴			1A	1.0	100
3.內關穴			65	1.0	100
4.神門穴			65	1.0	100
5.三陰交穴			87	1.0	100

醫囑服法：

90/05/26

卡號：B2-3 診斷：睡眠障礙

國際分類代碼：780.500

失眠 難入眠 易驚醒 多惡夢 緊張 焦慮 脈沉 苔薄白

處方：	藥品名稱	劑量	單位	日份	用法
	1.夜交藤	4.0	克	7	內服
	2.酸棗仁	2.0	克	7	內服
	3.生地黃	1.0	克	7	內服
	4.百合	1.0	克	7	內服
	5.白芍藥	1.0	克	7	內服
	6.茯神	1.0	克	7	內服
	7.石決明	1.0	克	7	內服
	8.龍骨	1.0	克	7	內服
	9.五味子	0.5	克	7	內服
	10.黃蓮	0.3	克	7	內服
	11.肉桂	0.2	克	7	內服
處置名稱	時程	途徑	部位	劑量	成數
1.針灸(有藥)				1.0	100
2.百會穴			1A	1.0	100
3.內關穴			65	1.0	100
4.神門穴			65	1.0	100
5.三陰交穴			87	1.0	100

醫囑服法：

(十一) 4/16 診察費因不屬抽樣樣本，申復後同意給付

流水號碼：3800	費用年月：090 年 04	案件分類：22 中醫	申報類別：送核			
特定診療：	月	就醫科別：60 中醫	抽審序號：57			
就醫日期：090/04/16	病患姓名：李 XX	(204)	身份證號：P220xxxxxxx			
健保序號：C3	治療迄日：	出生日期：	轉入院所：N			
是否轉出：N	給付類別：4 普通	045/08/10				
給藥天數：07	主手術碼：	部分負擔：R20	慢性總日：			
	調劑方式：					
國際病碼：(1)724.2	腰痛					
國際病碼：(2)						
國際病碼：(3)						
類健保醫令	醫令名稱	用法、用量、成數	總量	單價	金額	審查欄
		部位				
1 A21	中醫門診藥費	1.00	1.00	7.0	30.00	210
4	(每日)		1.00	56.0		
CUSHJHSH	疏經活血湯		1.00	7.0		
4 CPSJSH	桑寄生		1.00	7.0		
4 CPNCHCH	牛膝(川)		1.00	7.0		
4 CPSHJTS	伸筋草		1.00	7.0		
4 CPSHICH	芍藥(赤)		1.00	7.0		
4 CPDJ	杜仲		1.00	7.0		
4 CPSHF	香附		1.00	7.0		
4 CPGSB	骨碎補					
主	訴：下背酸痛，乏力，自 89-11 搬重跌倒起，俯仰困難，轉側不利，放射至薦					
區						
症	候：薄白苔、浮、舌淡紅					

[病歷聯]

病歷號碼：0000761912 就診日期：0900409 流水號碼：2586
病患姓名：李 XX 出生日期：0450810 身份證號：P220xxxxxx
健保卡號：C2 就醫科別：204 中醫 部份負擔：R20

病名(一)：719.90 未明示之關節疾患，部位不明

病名(二)：724.2 腰痛

主 訴：下背酸痛，乏力，自 89-11 搬重跌倒起，俯仰困難，轉側不利，放射至薦區

症 候：薄白苔，浮，舌淡紅

-----醫令-----

中醫門診藥費	7.0 日 伸筋草	7.0GM 芍藥(赤)	7.0GM
牛膝(川)	7.0GM 疏經活血湯	56.0GM 桑寄生	7.0GM
杜仲	7.0GM 香附	7.0GM 骨碎補	7.0GM

診治醫師：王大維 診號：1-532-019

[病歷聯]

病歷號碼：0000761912 就診日期：0900416 流水號碼：3800
病患姓名：李 XX 出生日期：0450810 身份證號：P220xxxxxx
健保卡號：C3 就醫科別：204 中醫 部份負擔：R20

病名(一)：724.2 腰痛

主 訴：724.2 腰痛

主 訴：下背酸痛，乏力，自 89-11 搬重跌倒起，俯仰困難，轉側不利，放射至薦區

症 候：薄白苔，脈弦，舌淡紅

-----醫令-----

中醫門診藥費	7.0 日 伸筋草	7.0GM 芍藥(赤)	7.0GM
牛膝(川)	7.0GM 疏經活血湯	56.0GM 桑寄生	7.0GM
杜仲	7.0GM 香附	7.0GM 骨碎補	7.0GM

診治醫師：王大維 診號：1-532-016

[病歷聯]

病歷號碼：0000761912 就診日期：0900420 迄 0900426 流水號碼：1610
病患姓名：李 XX 出生日期：0450810 身份證號：P220xxxxxxx
健保卡號：C5-1 就醫科別：204 中醫 部份負擔：R20

病名(一)：724.3 坐骨神經痛

主 訴：下背酸痛，乏力，自 89-11 搬重跌倒起，俯仰困難，轉側不利，疼痛放射至薦區，並轉移至左腿及左腳踝，已約 2 個月之久。

症 候：薄白苔，浮，舌淡紅

治療穴位：外敷金黃散，深度按摩法，揉法，腰部背伸法

-----醫令-----

傷科治療處置 1.0 次 傷科治療處置 1.0 次

診治醫師：王大維 診號：1-532-013

[病歷聯]

病歷號碼：0000761912 就診日期：0900424 流水號碼：5984
病患姓名：李 XX 出生日期：0450810 身份證號：P220xxxxxxx
健保卡號：C5-1 就醫科別：204 中醫 部份負擔：R20

病名(一)：719.46 關節痛，下肢

主 訴：左膝疼痛，腫脹，無力，活動困難，屈伸不利，局部壓痛，自 90-1 起

症 候：薄白苔，脈弱，舌淡紅

-----醫令-----

中醫門診藥費	7.0 日 疏經活血湯	56.0GM	桑寄生	7.0GM
牛膝(川)	7.0GM 芍藥(赤)	7.0 GM	杜仲	7.0GM
香附	7.0GM 骨碎補	7.0GM	續斷	7.0GM

診治醫師：王大維 診號：1-532-011

[病歷聯]

病歷號碼：0000761912 就診日期：0900420 迄 0900426 流水號碼：0

病患姓名：李 XX 出生日期：0450810 身份證號：P220xxxxxx

健保卡號：C5-2 就醫科別：204 中醫 部份負擔：R20

病名(一)：724.3 坐骨神經痛

主 訴：下背酸痛，乏力，自 89-11 搬重跌倒起，俯仰困難，轉側不利，疼痛放射至薦區，並轉移至左腿及左腳踝，已約 2 個月之久。

症 候：薄白苔，浮，舌淡紅

治療穴位：外敷金黃散，深度按摩法，揉法，腰部背伸法

-----醫令-----

傷科治療處置 1.0 次 傷科治療處置 1.0 次

診治醫師：王大維

診號：1-532-010

[病歷聯]

病歷號碼：0000761912 就診日期：0900430 流水號碼：7665

病患姓名：李 XX 出生日期：0450810 身份證號：P220xxxxxx

健保卡號：D1 就醫科別：204 中醫 部份負擔：R20

病名(一)：724.5 背痛，未明示者

主 訴：自 90 年 3 月 15 日起右腿痠痛

症 候：薄白苔，浮，舌淡嫩

-----醫令-----

中醫門診藥費 7.0 日 疏經活血湯 56.0GM 桑寄生 7.0GM

牛膝(川) 7.0GM 茯神 7.0GM 伸筋草 7.0GM

芍藥(赤) 7.0GM 杜仲 7.0GM 香附 7.0GM

診治醫師：王大維

診號：1-532-016

(十二)原審核扣(減)7/24(G2)診察費，但7/24坐骨神經與心搏過度兩種不同疾病就診，依相關規定，可另蓋健保卡，申報診察費

002611 王 XX	日期：90/07/21	No.121002 卡：F3 724.3	坐骨神經痛
[部]腰	隱隱作痛，肌肉僵硬	針灸穴位：次髎	
[部]左肩	活動不利，舌紅	針灸穴位：環跳	
左肩酸痛	小腿易抽筋	針灸穴位：腎俞	
腰酸疼痛	肩峰鎖骨關節扭傷		
脈；浮緊	7/19，跛行，屈曲不利		
坐骨神經路徑壓迫	針灸穴位：針灸處理	醫師：王大維	
包數：0	給藥日份：健保：0包1天	服法：	

002611 王 XX	日期：90/07/23	No.123001 卡：G1 724.3	坐骨神經痛
[部]腰	隱隱作痛，肌肉僵硬	針灸穴位：腎俞	
[部]左肩	活動不利，舌紅	針灸穴位：腰俞	
左肩酸痛	小腿易抽筋	針灸穴位：華佗夾脊	
腰酸疼痛	肩峰鎖骨關節扭傷		
脈；浮緊	7/23，行走痛		
坐骨神經路徑壓迫	針灸穴位：針灸處理	醫師：王大維	
包數：0	給藥日份：健保：0包1天	服法：	

002611 王 XX	日期：90/07/24	No.124003 卡：G1 724.3	坐骨神經痛
[部]腰	隱隱作痛，肌肉僵硬	針灸穴位：腎俞	
[部]左肩	活動不利，舌紅	針灸穴位：腰俞	
左肩酸痛	小腿易抽筋	針灸穴位：陽陵泉	
腰酸疼痛	肩峰鎖骨關節扭傷	針灸穴位：委中	
脈；浮緊	7/23，行走痛		
坐骨神經路徑壓迫	針灸穴位：針灸處理	醫師：王大維	
包數：0	給藥日份：健保：0包1天	服法：	

002611 王 XX 日期：90/07/24 No.124003 卡：G2 785.0 心搏過度
 丹七散 3.0 克 石菖蒲 0.5 克
 天王補心丹 3.0 克 心悸，心動悸，心悸逆上
 竹葉石膏湯 5.0 克 心下部痞滿，口苦咽乾
 毛冬青 1.0 克
 炙甘草 0.5 克
 川七 0.5 克 醫師：王大維
 包數：18 給藥日份：健保：3 包 6 天 服法：飯後

002611 王 XX 日期：90/07/26 No.126001 卡：G1 724.3 坐骨神經痛
 [部] 腰 隱隱作痛，肌肉僵硬 針灸穴位：陽陵泉
 [部] 左肩 活動不利，舌紅 針灸穴位：環跳
 左肩酸痛 小腿易抽筋 針灸穴位：委中
 腰酸疼痛 肩峰鎖骨關節扭傷
 脈：浮緊 7/26，右大腿酸痛
 坐骨神經路徑壓迫 針灸穴位：針灸處理 醫師：王大維
 包數：0 給藥日份：健保：0 包 1 天 服法：

002611 王 XX 日期：90/07/28 No.128002 卡：G1 724.3 坐骨神經痛
 [部] 腰 隱隱作痛，肌肉僵硬 針灸穴位：陽陵泉
 [部] 左肩 活動不利，舌紅 針灸穴位：華佗夾脊
 左肩酸痛 小腿易抽筋 針灸穴位：風市
 腰酸疼痛 肩峰鎖骨關節扭傷
 脈：浮緊 7/28，髖部痛
 坐骨神經路徑壓迫 針灸穴位：針灸處理 醫師：王大維
 包數：0 給藥日份：健保：0 包 1 天 服法：

002611 王 XX 日期：90/07/30 No.130003 卡：G3 785.0 心搏過度
 血府逐瘀湯 12.0 克
 栝樓實 3.0 克
 脈：浮緊
 心悸，心動悸，心悸逆上
 心下部痞滿，口苦咽乾
 口臭 醫師：王大維
 包數：18 給藥日份：健保：3 包 6 天 服法：飯後

002611 王 XX	日期：90/07/30	No.130002 卡：G1 724.3	坐骨神經痛
[部] 腰	隱隱作痛，肌肉僵硬	針灸穴位：陽陵泉	
[部] 左肩	活動不利，舌紅	針灸穴位：風市	
左肩酸痛	肩峰鎖骨關節扭傷		
腰酸疼痛	7/30，小腿痠痛		
脈；浮緊	針灸穴位：針灸處理		
坐骨神經路徑壓迫	針灸穴位：華陀夾脊	醫師：王大維	
包數：0	給藥日份：健保：0 包 1 天	服法：	

(十三) 90-07-05 病例未註明理筋推拿手法，應核減診察費

中央健康保險局特約醫事服務機構
門診醫療服務點數及醫令清單

流水號	1.資料格式	2.醫事機構	費用年月	4.申報類別	5.案件分類			
000115	11.費用明細	中醫診所	90/07	送核	29			
7.治療項目：C3			8.姓名：許XX	9.就醫科別：60				
10.就醫日期：90/07/03(至 90/07/09)	11.生日：56.02/05	12.身份證號：N220xxxxxx						
13.健卡序號：B6	14.給付類別：4	15.部份負擔：\$20	16.轉入院所 N					
17.是否轉出：否	疾病分類：18.924.21	19.924.11	20.					
21.手術：	傷病名稱：腳踝挫傷，右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善							
22.給藥日份：06	23.處方：	未開處方						
A9 醫令類別	A10 藥品代號或項目	診療項目或藥品材料名稱規格	A11a 用法用量或診療部位	A11b 成數	A12 總量療程，日期	A13 單價	A14 金額	審查欄
2	B42	針灸治療 萬靈膏	9	1.0	(1) 07/03	200	200	
2		公孫，丘墟，崑崙						
	B42	針灸治療 萬靈膏	9	1.0	(2) 07/04	200	200	
		解谿，丘墟，懸鐘						
	B54	傷科治療 藥水薰洗	9	1.0	(3) 07/05	200	200	
	B42	針灸治療 萬靈膏	9	1.0	(4) 07/06	200	200	
		解谿，公孫，懸鐘						
	N42	針灸治療 萬靈膏	9	1.0	(5) 07/07	200	200	
		公孫，丘墟，崑崙						
		針灸治療 萬靈膏	9	1.0	(6) 07/09	200	200	
		公孫，丘墟，崑崙						

藥費小計： 0
診療及材料金額小計： 1200

診治醫師	調劑醫醫 (藥劑生)	項目代號	項目名稱	金額	審查欄
代號：K1236	代號		29-1		
		29.A02	診察費	220	
			30-1		
		30.	藥事服務	10	
			34-1		
		34.	代辦費	0	
		31.	合計金額	1420	
		32.	部份負擔金額	170	
		33.	申報金額	1320	

系統號：019541 病患姓名：許 XX 身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.01 保險類別：健保 B5-05 病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善
針灸 2 部位 萬靈膏
解谿 丘墟
懸鐘
醫師：王大維 0014 1-1

系統號：019541 病患姓名：許 XX 身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.02 保險類別：健保 B5-06 病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善
針灸 2 部位 萬靈膏
公孫 丘墟
崑崙
醫師：王大維 0065 1-1

系統號：019541 病患姓名：許 XX 身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.03 保險類別：健保 B6-01 病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善，咽喉痛，畏寒
針灸 2 部位 萬靈膏
公孫 丘墟
崑崙
醫師：王大維 0065 2-1

系統號：019541 病患姓名：許 XX 身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.04 保險類別：健保 B6-02 病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善
針灸 2 部位 萬靈膏
解谿 丘墟
懸鍾
醫師：王大維 0068 1-1

系統號：019541 病患姓名：許 XX 身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.05 保險類別：健保 B6-03 病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善
針灸 2 部位 萬靈膏 2.0
藥水薰洗
醫師：王大維 0081 1-1

未註明理筋推拿手法

系統號：019541 病患姓名：許 XX 身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.06 保險類別：健保 B6-04 病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善
針灸 2 部位 萬靈膏
解谿 公孫
懸鍾
醫師：王大維 0080 1-1

系統號：019541 病患姓名：許 XX 身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.07 保險類別：健保 B6-05 病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善，咽喉痛，畏寒
針灸 2 部位 萬靈膏
公孫 丘墟
崑崙
醫師：王大維 0059 1-1

系統號：019541	病患姓名：許 XX	身份證號：N220xxxxxx
就診日期：90.07.09	保險類別：健保 B6-06	病患生日：56.02.05
病名：924.21 / 腳踝挫傷		
主訴：右踝挫傷，左膝挫傷，腫痛，意外傷害，漸改善，咽喉痛，畏寒		
針灸 2 部位	萬靈膏	
公孫	丘墟	
崑崙		
醫師：王大維		0059 1-1

四、門診常見行政核減原因

- 一、一般案件申報診療費，藥費申報超過定額。
- 二、申報資料不全，如未填健保卡就醫序號、身份證字號、出生年月日、國際疾病分類號碼、外傷部位及大小等。
- 三、申報資料錯誤，如身份證字號、部份負擔代碼等。
- 四、未依規定檢附相關報告。
- 五、申報項目及點數錯誤。
- 六、重複申報，如檢查項目、處置項目、申請金額等。
- 七、合理門診量計算錯誤。
- 八、與同一療程申報規定不符，例如：(1)未標明結束日期(2)重複申報診療費。

五、門診常見專業核減原因

- 一、處置治療（傷科、針灸、脫臼）與診斷不合。
- 二、非必要之處置治療。
- 三、處方用藥或治療缺乏積極療效。
- 四、病歷記載內容與申報不符。
- 五、申報案件變更病名，以規避同療程規定。
- 六、病歷記載不全，無主訴之記載。
- 七、申報資料與病歷未詳載穴位及處置手法。
- 八、申報資料使用電腦套裝方式申報。
- 九、其他不含常規之醫療。

六、院所常見疏失及核減項目

- 一、病歷記載過於潦草
- 二、針灸處置過於頻繁
- 三、傷科處置過於頻繁
- 四、脫臼整復申報異常
- 五、傷科轉移灸案件申報異常
- 六、針傷治療加開內服藥比率過高
- 七、針傷合計日平均超過六十人次
- 八、療程中變更病名已規避同一療程
- 九、申報案件變更病名已規避同一療程
- 十、單一病患月給藥天數超出四十天案件過於頻繁
- 十一、單一病患月診次數超出二十天案件過於頻繁

七、常見核減理由排行榜

台北區分會

排序 代碼理由

- 一、211 其他不合臨床常規之醫療
 - 治療次數頻繁
 - 病歷記載不完整
- 二、213 處方用藥或治療與醫令或病歷記載不符

北區分會

排序 代碼理由

- 一、 210 治療內容與本保險支付標準規定不符
- 二、 211 治療內容與本保險支付標準規定不符
- 三、 213 用藥或治療與醫令或病歷記載不符
- 四、 212 處方用藥或治療缺乏積極療效
- 五、 214 記載內容與申報不符
- 六、 11A 門診合理量計算錯誤
- 七、 201 用藥種類與病情不符
- 八、 215 處置、手術等治療不完整
- 九、 K06 未按規定折扣
- 十、 15Y 送核處方與申報本項併資料不符
- 十一、 161 依主項目核減本項併行核減
- 十二、 112 同療程診察費重複申報
- 十三、 204 處置與病情不符
- 十四、 249 其他違反相關法令
- 十五、 G01 門診合理量診察費計算錯誤
- 十六、 10F 部份負擔未依規定申報
- 十七、 299 其他與支付標準規定不符
- 十八、 162 藥事服務費申報與支付標準規定不符
- 十九、 111A 病歷記錄缺乏具體內容或過於簡略(主訴、病況、治療經過等)，無法支持其診斷與治療內容／未能顯示或判斷施

予之適當理由或必要性

二十、203 用藥種類重複

中區分會

- | 排序 | 代碼理由 |
|--------|---|
| 一、202A | 依據病歷記載及病況，不足以支持實施本項（處置／治療／檢驗／檢查／藥品） |
| 二、220A | 本患者在該院所之看診次數頻繁，依據病況及病歷紀錄判斷並無須如此頻繁就醫，且亦不符醫學常理；屬非必要之連續就診，另加強對於病患之明／衛生教育。 |
| 三、101A | 資料不全：未附病歷／報告，或所附資料不齊／實施本項（診療／處置／治療／檢驗／檢查／藥品），未依規定附期限內之相關病例資料。 |
| 四、111A | 病歷紀錄缺乏具體內容或過於簡略（主訴、病況、治療經過等），無法支持其診斷與治療內容／未能顯示或判斷施予該項（處置／治療／檢驗／檢查／藥品）之適當理由或必要性。 |
| 五、219A | 採用之療法（診療／處置／治療／檢驗／檢查／藥品）不適當／不符醫學常規／不符正規療程計劃。 |
| 六、114A | 所附病歷資料每次記載內容均雷同，有不實記載之嫌。 |
| 七、 | 病歷記載簡略潦草 |
| 八、102A | 無充分病歷資料（如主訴、病史、檢查檢驗結果、治療經過等）／或僅附電腦處方箋，無法支持其診斷與治療內容。 |
| 九、108A | 病歷未記載／無醫囑；或申報項目／數量與病歷記載不符。 |
| 十、113A | 不同病患但所附病歷資料均雷同，有不實記載之嫌。 |

南區分會

排序 代碼理由

- 一、 202A 依據病歷記載及病況，不足以支持實施本項（處置/治療/檢驗/檢查/藥品）
- 二、 220A 本患者在該院所之看診次數頻繁，依據病況及病歷紀錄判斷並無須如此頻繁就醫，且亦不符醫學常理；屬非必要之連續就診，另加強對於病患之說明/衛生教育。
- 三、 101A 資料不全：未附病歷/報告，或所附資料不齊/實施本項（診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品），未依規定附期限內之相關病例資料。
- 四、 111A 病歷紀錄缺乏具體內容或過於簡略（主訴、病況、治療經過等），無法支持其診斷與治療內容/未能顯示或判斷施予該項（處置/治療/檢驗/檢查/藥品）之適當理由或必要性。
- 五、 219A 採用之療法（診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品）不適當/不符醫學常規/不符正規療程計劃。
- 六、 114A 所附病歷資料每次記載內容均雷同，有不實記載之嫌。
- 七、 113A 不同病患但所附病歷資料均雷同，有不實記載之嫌。
- 八、 102A 無充分病歷資料（如主訴、病史、檢查檢驗結果、治療經過等）/或僅附電腦處方箋，無法支持其診斷與治療內容。
- 九、 108A 病歷未記載/無醫囑；或申報項目/數量與病歷記載不符。
- 十、 801A 不符審查注意事項第 11 條。
- 十一、病歷記載簡略潦草。
- 十二、不符同一療程。

高屏區分會

門診常見行政核減原因

排序 代碼理由

- 一、一般案件申報診療費，藥費申報超過定額。
- 二、申報資料不全，如未填健保卡就醫序號、身份證字號、出生年月

- 日、國際疾病分類號碼、外傷部位及大小等。
- 三、申報資料錯誤，如身份證字號、部份負擔代碼等。
- 四、未依規定檢附相關報告。
- 五、申報項目及點數錯誤。
- 六、重複申報，如檢查項目、處置項目、申請金額等。
- 七、合理門診量計算錯誤。
- 八、與同一療程申報規定不符，例如：(1)未標明結束日期(2)重複申報診療費。

門診常見專業核減原因

排序 代碼理由

- 一、處置治療（傷科、針灸、脫臼）與診斷不合。
- 二、非必要之處置治療。
- 三、處方用藥或治療缺乏積極療效。
- 四、病歷記載內容與申報不符。
- 五、申報案件變更病名，以規避同療程規定。
- 六、病歷記載不全，無主訴之記載。
- 七、申報資料與病歷未詳載穴位及處置手法。
- 八、申報資料使用電腦套裝方式申報。
- 九、其他不含常規之醫療。

中保會東區分會

排序 代碼理由

- 一、病歷記載過於潦草
- 二、針灸處置過於頻繁
- 三、傷科處置過於頻繁
- 四、脫臼整復申報異常
- 五、傷科轉移針灸案件申報異常
- 六、針傷治療加開內服藥比率過高
- 七、針傷合計日平均超過六十人次
- 八、療程中變更病名開藥案件過於頻繁
- 九、申報案件變更病名已規避同一療程
- 十、單一病患月給藥天數超出四十天案件過於頻繁
- 十一、單一病患月診次數超出二十天案件過於頻繁

柒、減量抽審辦法

一、中保會各區分會審查作業減量抽審辦法

台北區分會

一、以前一月份之申報資料進行檔案分析，下列任一審查指標大於(或等於)九十五百分位同儕值之院所，其當月份醫療費用即予抽樣審查。指標如下：

該院所申請點數較去年同期成長率

該院所病患平均就診次數

該院所任一醫師申請件數

該院所任一醫師申請點數

該院所專任醫師針灸、傷科、脫臼整復合計申報人數日平均超過五十人次以上

該院所案件分類 29 平均療程利用次數

該院所任一醫師案件分類 21 平均每件申請點數(中醫一般案件)

該院所任一醫師案件分類 22 平均每件申請點數(中醫其他專案)

該院所任一醫師案件分類 24 平均每件申請點數(中醫慢性病)

該院所任一醫師案件分類 29 平均每件申請點數(中醫針灸傷科脫臼整復)

二、其他需抽審條件

任一中醫師未符合全聯會繼續教育修習規定之院所(自九十一年度起實施，九十二年度起適用)。

中保會台北區分會所列控管指標之院所

終止特約或停止特約之院所

新特約送審未滿一年之院所

經常更換負責醫師之院所

平均三個月送審核減率超過 1.5%之院所

查有違規情形處分未確定及曾有違規紀錄之院所

連續二次未參加本會舉辦之說明會或輔導會議，經提報委員會確認之院所

經輔導無效提報委員會確認之院所

經本分會輔導會議通過列管加強審查之院所

當月醫療費用於次月底以後申報之院所

補報

其他顯有異常之院所

三、除上述需抽審院所外，其餘院所三個月不定期抽一個月送專業審查，未送專業審查月份僅執行行政審查，不寄發抽樣函。

四、未在前列指標之院所，隨機抽樣二十分之一院所。

五、需抽審之院所如皆申報一般案件或抽審案件數不足二十件，需立意抽樣加抽一般案件至抽審案件數為二十件。

六、本辦法自九十一年 月（費用年月）實施。

北區分會

一、免審指標：

1. 每月單一醫師申請費用三十萬元以下。

2. 專任醫師針傷日平均三十人次（含）以下。

3. 核減率0.5%（含）以下。

4. 申請費用與去年同期成長率-0%以下者。

二、連續三個月之平均值符合以上指標者得以實施減量抽審。

三、減量抽審為每季抽審一次。

四、實施減量抽審之醫療院所，第二季之申報費用資料平均值超過原符合指標時，第二季暫停減量抽審。

中保會中區分會

- 一、適用對象：中醫門診送核醫療費用
- 二、實施日期：修訂辦法自九十一年五月份起之費用適用。
- 三、辦法：

以前一月份之申報資料進行檔案分析，下列任一審查指標大於(或等於)九十五百分位同儕值之院所，其當月份醫療費用即予抽樣審查。指標如下：

該院所申請點數較去年同期成長率

該院所病患平均就診次數

各院所每一醫師申請件數

各院所每一醫師申請點數

各院所每一醫師案件分類 21 平均每件申請點數(中醫一般案件)

各院所每一醫師案件分類 22 平均每件申請點數(中醫其他專案)

各院所每一醫師案件分類 24 平均每件申請點數(中醫慢性病)

各院所每一醫師案件分類 29 平均每件申請點數(中醫針灸傷科脫臼整復)

其他需抽審條件

前項指標均小於九十五百分位同儕值之院所中，再隨機加抽二十分之一之院所。

院所違約一年內之醫療費用皆需抽審。

當月醫療費用於次月底以後申報之院所需予抽審。補報。

其他需加強審查者。

需抽審之院所如皆申報一般案件，仍需抽一般案件二十件。

備註：

取消「新特約一年內之院所」需加抽之條件。

配套措施：中區分局每月提供新特約中醫院所名單，移請中區分會瞭解新特約院所中常變更負責醫師之原因，並由本分會醫管組舉辦說明會及定期訪視輔導改善。

中保會會南區分會

- 一、以本轄區中醫醫療院所前前季核減率小於平均核減率以下。
- 二、費用成長率較去年同期小於百分之七者。
- 三、不超過本轄區管控指標一單一醫師七十萬者。
- 四、符合上述三條件者月份抽樣，則快速通關三個月免審二個月。
- 五、綜上快速通關之院所，其單月抽樣送審之病歷核減率小於2%者，茲進行下列條件篩選，則為減量抽審對象。
- 六、減量抽審對象應符合下列審查指標小於九十百分位同儕值之院所，其當月份醫療費用即予免抽樣審查。

指標如下：

- (一)該院所申請點數較去年同期成長率
 - (二)該院所病患平均就診次數
 - (三)各院所每一醫師申請件數
 - (四)各院所每一醫師申請點數
 - (五)各院所每一醫師案件分類 21 平均每件申請點數(中醫一般案件)
 - (六)各院所每一醫師案件分類 22 平均每件申請點數(中醫其他專案)
 - (七)各院所每一醫師案件分類 24 平均每件申請點數(中醫慢性病)
 - (八)各院所每一醫師案件分類 29 平均每件申請點數(中醫針灸傷科脫臼整復)
- 七、其他需抽審條件
- (一)院所於新特約及違約一年內之醫療費用皆需抽審。
 - (二)當月醫療費用於次月底以後申報之院所需予抽審。
 - (三)補報。
 - (四)其他需加強審查者。
 - (五)延遲申報者
- 八、需抽審之院所如皆申報一般案件，仍需抽一般案件二十件。

高屏區分會

- 一、為鼓勵轄區醫療院所提昇醫療品質作業方案而訂定。
- 二、指標：
 - (一)、專任醫師針傷日平均 20 人次(含)以下。
 - (二)、核減率 0.5%(含)以下。
 - (三)、病患月平均就診次數 1.5 次以下。
 - (四)、申請費用與去年同期成長率 10%以下。
 - (五)、以下情形不適用：
 - 申報金額超過五十萬。
 - 接受輔導未結案。
 - 平均三個月核減率 2%以上。
 - 針傷日平均 50 人次以上。
- 三、以上指標為連續三個月之平均值符合以上指標條件三項以上者，得以實施減量抽審。
- 四、減量抽審為半年抽審一次，連續實施半年之後再實施管控評估。
- 五、實施減量抽審之醫療院所，申報費用資料平均值超過原符合指標時，則暫停減量抽審。
- 六、實施減量抽審中，再予以隨機抽樣百分之五
- 七、本辦法經委員會議通過後實施，修改亦同。

東區分會

- 一、行政核減
 - 申報項目或點數錯誤，如申報診察費藥費超過定額，重複申報，合理門診量計算錯誤等。
 - 申報資料不全或錯誤，如未填健保卡就依序號、身分證字號、出生年月日、國際疾病分類號碼等。
 - 與同一療程申報規定不符，如未標明結束日期，申報診察費等同一患者開藥日份超過四十日者(排除二十四案件)核扣超過日數之藥費。
- 二、專業收審指標
 - 新開業未滿一年之院所。
 - 違約懲處案未滿一年之院所
 - 核減率等於極大於一點五百分比
 - 下列十項指標，如同時具有二項以上醫師需抽審

- (A) 該醫師，病患平均就診次數，在本區排名前百分之二十
- (B) 該醫師，申請點數較去年同期成長率，在本區排名前百分之二十
- (C) 該醫師，申報件數，在本區排名前百分之二十
- (D) 該醫師，申報點數，在本區排名前百分之二十
- (E) 該醫師，21 案件平均申報點數，在本區排名前百分之二十
- (F) 該醫師，22 案件平均申報點數，在本區排名前百分之二十
- (G) 該醫師，24 案件平均申報點數，在本區排名前百分之二十
- (H) 該醫師，29 案件平均申報點數，在本區排名前百分之二十
- (I) 該醫師，29 案件申報點數，在本區排名前百分之二十
- (J) 該醫師，每件平均申報點數，在本區排名前百分之二十

上項指標，未具有二項以上之醫師，隨機加抽百分之五

當月醫療費用，於次月底以後申報。

本會輔導辦法符合建議加強抽審之醫師

每月抽審醫師人數，以本區全部醫師乘百分之二十為上限數，排名以電腦數據依順序取捨，經常列入排名，雖未達抽審名次也可優先列名必審，而 1.2.3.6.7.款項，優先列名必審

採用醫師歸戶方式計算數值，指標抽審值取四捨五入。

二、減量抽審家數估計評量表

中保會中區分會減量抽審試算表

審查 方案	現行作業		減量抽審方案 (以 9009 試算)	
	電腦抽樣	加重審查	>=P59 同儕值	其他
作業方 式	凡有申報 專案案件 者，即予 電腦抽樣	依中保會中區分 會 90 年 9 月實地 輔導結果，予以全 審三個月或加抽 就診四次以上之 個案	下列任一指標 >= P59 同儕值之院所需 予抽審 (1)該院所病患平均就 次數 (2)該院申請點數較去 年同期成長率 (3)每一醫師申請件數 (4)每一醫師申請點數 (5)每一醫師平均每件 申請點數 (依案件分 類 21、22、24、29： 不含 28)	1.<P95 同儕值之 院所中，再隨機加 抽二十分之一之 院所。 2.新特約及違約 一年內之醫療費 用。 3.當月醫療費用 於次月底以後申 報 4.補報 5.其他需加強審 查者
審查家 數	491	1.全審三個月；3 家 2.加抽就診四次 以上個案：7 家	186	26
抽審率	69%		26%	3.7%

備註			以大於審查指標 90 百分比計算，有 315 家需審查，抽審率 44%	僅以第一項試算加抽院所數
----	--	--	-------------------------------------	--------------

中保會高屏區分會減量抽審試算表

指標項目	條件一	估計家數 (扣除內科)	條件二	估計家數 (扣除內科)	條件三	估計家數 (扣除內科)	備註
針傷日平均人數	≤20 人次 /Dr	內科 77 家 (其中 7 家 >50 萬)	≤25 人次 /Dr	內科 77 家 (其中 7 家 >50 萬)	≤30 人次 /Dr	內科 77 家(其 中 7 家>50 萬)	
核減率	≤0.5%		≤0.5%		≤0.5%		
平均就診次數	≤1.5 次		≤1.6 次		≤1.65 次		
去年同期成長率	≤10%		≤15%		≤20%		
符合二項指標家數		196	符合三項 指標家數	211	符合二項 指標	219	
符合三項指標家數		88	符合三項 指標	136	符合二項 指標	165	
不適用減量抽審情形							
每月平均金額	≥50 萬點 /Dr						
	≥50 人/Dr						
	≥2%						
接受輔導未結案							

捌、病歷規範

一、全民健保中醫門診總額支付制度病歷紀錄規範

病歷記載相關規定

<一>醫師法：

第十二條 醫師執行業務時，應製作病歷，記載病人姓名、出生年、月、日、性別、住址、職業、病名、診斷及治療情形。但在特殊情形下施行急救，無法製作病歷者，不在此限。前項病歷，應保存十年。

第十三條 醫師處方時應記明下列事項：
自己姓名、證書及執照號數並簽名或蓋章。
病人姓名、年齡、藥品、藥量、用法、年月日及處方號碼。

<二>醫療法：

第四十八條 醫院、診所之病歷，應指定適當之場所及人員保管，並至少保存十年。病歷內容應清晰、詳實、完整。醫院之病歷並應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。

<三>醫療法施行細則

第四十四條 醫院、診所對於疾病之診斷，應依國際疾病傷害及死因分類之規定。醫院之病歷，應依前項分類規定，製作各項索引及統計分析。

第四十八條 病歷摘要及出院病歷摘要，應載明左列事項：

- 一、病人姓名、性別、籍貫、出生年月日及住址。
- 二、病歷號碼。
- 三、主訴。
- 四、病史。
- 五、檢查結果。
- 六、診斷。
- 七、治療經過。
- 八、注意事項、出院後醫囑或建議事項。

<四>醫療機構設置標準

第十五條第二項病歷：

- 一、應有專人管理；並依規定保存。
- 二、診所歇業時，其病歷應由其他診所繼續保存。
- 三、診所停業時，對其病歷仍應負共同保存責任。

<五>全民健康保險法

第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。

<六>全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

第二十二條 病歷記載應清晰、詳實、完整。特約醫院病歷管理，應製作各種索引及統計分析。

第二十三條 特約醫院及診所，對保險對象門診及住院診療之症狀與病情變化之診斷、醫事檢驗、病理檢查、手術所見及處方等，應於病歷詳細記載；傷害事故，並應載明病人主訴之發生原因及時間。

第三十三條 保險醫事服務機構，有下列情事之一者，保險人應扣罰其二倍之醫療費用：
未依處方箋或病歷記載提供醫療服務者。
未經醫院診斷逕行提供醫療服務者。
處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符者。
未記載病歷，申報醫療費用者。

<七>全民健康保險醫療費用審查注意事項（中醫部分）

- (十) 未填寫傷病名稱，僅敘述症狀，如倦怠、疲倦、思睡、哈欠、虛弱、厭食、食慾不振、四肢冰冷、無力、肥胖、眼花、面麻、頭暈、頭眩、眩暈、遺精、遺尿症、粉刺、飛蚊症、陽痿、性冷感及禿頭等，應加強審查。
- (十一) 病歷應依醫療法規定詳實記載，傷科應敘明理筋推拿手法，針灸應註明穴位，如未載明者，費用應予刪除。
- (十三) 同一療程中，只開給內服藥不施以針灸治療而再申報診察費者，應只限於病情變化，不同傷病名稱且病歷須詳細記

載，由醫師審查確認之。

- (十四) 傷科脫臼整復之審查依病歷記錄，應包括(1)脫臼發生之時間及原因(2)是否第一線處理(3)受傷部位症狀及(4)整復手法。

<八>解釋函

衛生署八十四年三月二十日衛署醫字84012021號函釋，醫師為病人診療後，自應於病歷上簽章，以示負責。

衛生署八十六年五月二日衛署醫字第86019354號函

一、按病歷之製作及保管，應符合醫療法及醫師法之規定，即：

- (一) 病歷內容依醫療法施行細則第四十八條規定，至少應包括：病人姓名、性別、出生年月日及住址、病歷號碼、主訴、病史、檢查結果、診斷、治療經過、注意事項、出院後醫囑或建議事項。

- (二) 病歷應按個案歸檔（以病人為歸檔主體），並依法保存十年。

二、醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，須由醫師親自執行。

中央健康保險局八十五年三月五日健保醫字第85003101號函：醫療機構使用電腦處理病歷，應將電腦儲存之病歷資料列印，由醫師親自簽章，並將病人每次就診之病歷資料合併歸檔保存。

（即衛生局、健保局之稽查人員赴醫療機構，可自「實體病歷」中取得民眾完整之就醫資料。

<九>全民健康保險爭議委員會會議決議

八十六年十二月十六日全民健康保險爭議審議委員會醫療案件第七十一次初審會議決議建議，針對醫療院所之病歷記載過於簡略，無診斷記錄或診治醫師未於病歷上簽章者，應函知改善，未改善者核刪費用。

二、電腦實體病歷製作規定

行政院衛生署 85.2.7 衛署醫第八五〇〇〇八四號函

主旨：所詢醫療院所如何使用電腦製作合法之實病歷一案，復請查照。

說明：

- 一、復貴小組八十五年一月五日（八四）電衛字第〇〇〇八八號函。
- 二、據部分開業醫師反映，少數電腦公司假貴小組名義，推銷全民健保給付媒體申報之資訊系統，並宣稱符合本署醫政管理及中央健康保險局之相關規定，以達促銷之目的。就其病歷處理設計部分，據衛生局之稽查人員赴醫療機構辦理督導考核工作時發現下列之缺失：
 1. 絕大多數系統未提供便利且符合病歷管理規定之列印功能，導致醫師僅將病歷資料儲存於電腦中，未依規定將病歷資料列印，亦未由醫師親自簽章；即未能依規定製作實體病歷。
 2. 部分使用電腦處理病歷之開業醫師，雖將病歷資料列印，並由醫師親自簽章。惟其實體病歷之保存僅依列印日期分批保存（每週或每月或每季列印一次），未以病人為歸檔主體，予以分別保存。
- 三、按醫療法、醫師法規定，病歷應保存十年，且病歷為取締密醫，全民健康保險給付稽核、醫療糾紛鑑定醫療品質審核、醫學研究等之重要依據，醫療院所電腦化暨連線推動小組於推動醫療院所電腦化暨連線時，應朝確保電腦病歷資料保存可符合法定十年之期限及資料不被任意更改之目標規劃。在達成上開目標前，醫療機構使用電腦處理病歷，應將電腦儲存之病歷資料列印，由醫師親自簽章，並將病人每次就診之病歷資料合併歸檔保存。（即衛生局、健保局之稽查人員赴醫療機構，可自「實體病歷」中取得民眾完整之就醫資料。）醫師使用電腦處病歷，目前採「實體病歷」與電腦病歷並存之方式，係屬過渡時期之權宜措施。
- 四、至醫師已使用電腦處理病歷者，貴小組可考慮協助修改或調整該系統之列印方式，例如提供可重覆使用病歷表，醫師將電腦處理之病歷資料列印於病人之專屬病歷表上，於親自簽章後歸檔。（即利用印表機取代醫師手寫病歷，可充分簡化醫師製作實體病歷之作業流程，且不增加病歷厚度。）或將列印報表紙上病歷之部分資料（如醫師處方、診斷等），粘貼於病歷表上等方式，以符合說明三規定。
- 五、貴小組宜先瞭解各該醫療院所所稱之電腦病歷是否完整？並充分蒐集國外推動病歷電腦化經驗及遭遇之困難，在兼顧保障病患隱私權、醫師之權益、衛生主管機關管理需要及病歷完整性之前

提，推國內醫療院所電腦化暨連線工作。

- 六、副本抄送台灣省政府衛生處、台北市政府生局，高雄市政府衛生局、金門縣、連江縣衛生局、中央健康保險局（請加強督導醫療機病歷之製作及保存，應依規定辦理。）、中華民國醫師、中醫師、牙醫師公會全國聯合會（請輔導所屬會員應依規定製作及保存病歷）。

三、其他病歷規範

- (一)、病歷記載字跡應清晰可以辨識。
- (二)、病歷記載複診時應載明服藥後之病情變化。儘量避免以(同上)作為記載之內容。
- (三)、病歷記載應載明主訴及病情，不應只列出病名，過於簡略。
- (四)、病歷應敘明發病時間及病因或可能(疑似)之致病原因。
- (五)、病歷記載儘可能有中醫四診之基本記載。
- (六)、電腦病歷記載應注意以上事項，並避免病歷格式化。
- (七)、抽審病歷應附病歷首頁。
- (八)、抽審病歷應以手寫病歷或電腦實體病歷影本送審。
- (九)、電腦病歷送審應將病人歸戶歸檔。
- (十)、同一療程案件不可切割分開申報。
- (十一)、病歷應載明國際病名代碼(ICD-9)。
- (十二)、病歷記載內容應與申報資料內容相符。
- (十三)、病歷應記載健保卡卡號，同一療程病歷。

四、初診病歷參考範例

針灸範本

中 醫 診 所

病 歷 表

姓名	曾 XX	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士	病歷號碼	045678									
出生	民國 42 年 1 月 1 日 (滿 歲)		國民身分證 統一編號	T	1	1	2	X	X	X	X	X	X
職業	貨車司機	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	電話	(02)285xxxx								
住址	台北 縣 鄉市 村 路 市 XX 鎮區 XX 里 英雄 街 段 巷 弄 XX 號 樓												
初診	90 年 3 月 5 日	教育程度	<input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 不識字										
病史	既往症：胃潰瘍 是否有藥物過敏：												
其他													

年	月日	
90	3/5	主訴：1、腰部疼痛，90/03/03日因運動後受傷，現俯仰疼痛，轉
A3-1		動困難，經吃西藥診治無效，改以中醫治療。
		2、平時易疲勞、腰酸、膝軟無力。
		3、曾有過二次腰扭傷經驗，此次較嚴重。口乾眠可。
		4、X-ray：腰椎輕微骨質增生，微有退化現象。
		四診：1、舌色紅、苔薄白。
		2、脈滑尺弱。
		診斷治則：辨證：肝腎不足、併膀胱經閃錯受損。治則：疏經
		活血、調補肝腎。
		國際病名代號：847.2腰扭傷。
		治療處方：針灸：腰眼 _(B) 、腎俞 _(B) 、陽陵泉 _(B) 、陰谷 _(B) 、太衝 _(B)
		、阿是 _(R) (放血)、委中 _(B) (放血)
A3-2	3/6	腰扭傷(847.2)症稍減、舌脈同前。針灸：腎俞 _(B) 、大腸俞 _(B) 、崑
		崙 _(B)
A3-3	3/8	腰扭傷(847.2)疼痛已癒大半。
		囑其多休息仍不宜搬重物
		針灸：腰眼 _(B) 、腎俞 _(B) 、委中 _(B)

(本病歷範本由高屏分會提供之針灸病歷範例，內容略作修正)

中 醫 診 所

病 歷 表

一、基本資料

姓名：王 × × 性別：男 生日：1965 年 12 月 26 日
病歷號碼：9xxxxxx1 婚姻：已婚 職業：工
籍貫：台灣省雲林縣 初診：89 年 12 月 26 日

二、主訴：

腰痛伴有左下肢麻痛已四個月。

三、現病史：

今年八月中騎單車載人趕搭火車，到車站已是滿身大汗，剛入車箱時，突然打個噴嚏，瞬間感到腰及左腿疼痛。次日更甚，左臀部及左小腿外側疼痛如針刺感，咳嗽、噴嚏、用力排便時疼痛加劇。曾至××醫院治療，症狀有緩解。最近兩週來腰痛持續加重，且自左腰臀連左大腿外側、左小腿外側及左外踝感到酸脹麻。

四、過去病史：無特殊病史

五、四診：

望診：形體消瘦，腰不能直立，向右側偏。 舌暗紅、苔薄白。

聞診：無異常氣味，語音清晰。

問診：二便、飲食正常。

切診：脈緩

理學檢查：

脊椎右側彎，右側腰肌緊張

直腿抬高試驗（+），左 60° 右 80°，抬高加強試驗（+）

足拇趾背伸試驗（+）

屈頸試驗（+）

壓痛點：腰椎第 4-5 節左側壓痛（+），叩擊痛（+），並向左下肢後側放射到足部。

六、實驗診斷：

X 光片：2000/12/25 x x 檢驗所 NO:1xx6。

脊椎側彎，腰椎第 4-5 節椎間隙變窄，腰椎生理弧度變直，L4-5 椎間隙狹窄。

七、診斷：疑似 722.10—椎間盤突出症（腰椎第 4 節/腰椎第五節）

八、治則：舒筋緩癥、通絡止痛

九、處置：局部揉摩法、滾法；腰椎斜扳法、腰部牽引按壓法。外敷
青草膏。

十、醫囑：宜保暖，避風寒，臥硬板床休息，腰帶護腰，勿持重勞累。

（本病歷範本摘自中醫師全聯會公佈之傷科臨症指引手冊）

玖、審查品質之監控

一、中醫門診總額支付制度專業審查審畢案件抽審作業要點

八十九年十一月十九日第四次中醫門診總支付制度保險委員會訂定
八十九年十一月十九日第四屆第八次理監事聯席會通過

一、本要點依中醫門診總額支付制度試辦計劃委託書第四條規定訂定之。

二、中醫全聯會抽審小組(以下簡稱抽審小組)應依本要點規定，抽審地區分會醫事人員審畢之專業審查案件，以監督各分區對全民健保醫療費用支付標準、審查注意事項暨相關規定，施行細則執行之分寸是否適中，有否踰越權限與規定之範圍，各分區是否有效管理要求審查尺寸之一致性，以符合分配之公平、合理性，進而提升審查品質。

三、抽審醫師遴聘辦法：名額由中華民國中醫師公會全國聯合會派定。設召集人、副召集人各一名，負責審查人員之安排及案件分配。

四、抽審方式規定如下：

(一)例行抽審：

每季排定一個地區審查分組隨機抽取至少五分之一為原則之審查醫事人員，每位審查醫事人員視其審

查案件量，抽審一至四家其審畢之醫事服務機構案件。其中各分區委員、審查醫師及相關幹部之案件，

與一般中醫師之案件，抽查比例為1：1。

(二)重點抽審：

1. 該區控管脫離常軌，點值連續明顯下降時而無有效之改善。
2. 該區申複案件異常增加時。
3. 參考核減率統計結果，就核減率偏離常態之地區、特定案件、醫事服務機構或醫師進行抽審。分區分會對其醫事人員審查結果有疑義時，亦得向抽審小組申請抽審。
4. 各分區委員會如有發現審查異常者，提報全聯會處理。
5. 會員直接向全聯會申訴之案件。

(三)追蹤抽審：經審查評量為「應注意改善」或「應予輔導改善」者應繼續抽審至改善為止。前項第一、二款抽審方式，抽審

小組得視實際業務量與人力，擇一為之。

五、抽審年月份確定如下：

- (一) 例行抽審：由抽審小組排定。
- (二) 重點抽審：抽審小組通知或分區分會提出申請之月份。
- (三) 追蹤抽審：分區分會接到抽審小組抽審評量結果之次月。

六、抽審程序規定如下：

- (一) 例行抽審：地區抽審分組於排定抽審月份之次月五日前，將審查醫事人員名冊及其審畢案件清冊送抽審小組，由抽審小組抽樣後，通知地區審查分組送件。
- (二) 重點抽審：由抽審小組通知地區審查分組送件，或由分區分會填具請辦單，連同案件及相關資料送抽審小組。
- (三) 追蹤抽審：地區審查組填送須追蹤抽審審查醫事人員之審畢案件清冊，由抽審小組抽樣後，通知地區審查分組檢送案件及相關資料。

七、抽審小組應按下例原則及隨機方式，將抽審案件分派其醫事人員審查之：

- (一) 按醫事人員專長分科分案為原則。
- (二) 依全民健康保險服務法審查辦法第七條規定迴避醫療院所。
- (三) 醫事人員於審查地區審查分組醫事人員審畢案件之過程中，應以雙盲方式處理。

八、抽審小組應於地區案件送達之日起三十日內完成審查；審查時，並應就審查分組醫事人員審核結果之合理性進行評量。前項抽審小組認有必要調閱相關病歷等資料時，得請地區審查分組洽原醫事服務機構提供，其完成審查期限以補件之日起算。

九、經評量審核結果有需要改善者，由全聯會全民健保中醫門診總額六分區委員會行文通知。

十、分區分會，地區審查分組醫事人員對抽審小組評量結果如有意見，得於收到評量通知之日起三十日內，敘明理由，交由分區分會向抽審小組提出說明。前項說明，一案以一次為限。

十一、抽審小組應於收到分區分會說明之日起三十日內完成複審。前項複審案件，不得交由原審查醫事人員審查，但必要時得會同原審查醫事人員審查。

十二、本要點自公告後施行，修正時亦同。

拾、其他

一、中保會高屏區分會電腦輔助審查指標

- 一、對於同院所同病患同一疾病在第一個療程尚未結束，又開立新的療程時，應核扣新療程之診察費。(同療程定義以 30 天為基準)
- 二、對於在同療程中申報診療費超過不合邏輯之費用時(第一次申報脫臼整復為 1300 點，其餘為 1110 點)，核扣其差額。
- 三、對於同一患者開藥日份超過 37 日者(排除 24 案件)，核扣超過日數之藥費。
- 四、有關實施療程前一日拿藥之案件，請規範指標數值。(20%)
- 五、療程中又蓋卡取藥者，請規範指標數值。(不同病症仍可申請診察費)
- 六、另外加強審查或須施以其他管控措施之指標項目及指標數值，請中保會一併討論。

拾壹、附錄

一、大法官解釋彙編

釋字第四七二號解釋

【公布日期】八十八年一月二十九日

【解釋文】

國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，憲法第一百五十五條及第一百五十七條分別定有明文。又國家應推行全民健康保險，復為憲法增修條文第十條第五項所明定。中華民國八十三年八月九日公布、八十四年三月一日施行之全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。該法第十一條之一、第六十九條之一及第八十七條有關強制納保、繳納保費，係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康保險之意旨；同法第三十條有關加徵滯納金之規定，則係促使投保單位或被保險人履行其繳納保費義務之必要手段。全民健康保險法上開條文與憲法第二十三條亦無抵觸。惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣。已依法參加公、勞、農保之人員亦須強制其加入全民健康保險，係增進公共利益所必要，難謂有違信賴保護原則。惟有關機關仍應本於全民健康保險法施行時，該法第八十五條限期提出改制方案之考量，依本解釋意旨，並就保險之營運（包括承保機構之多元化）、保險對象之類別、投保金額、保險費率、醫療給付、擲節開支及暫行拒絕保險給付之當否等，適時通盤檢討改進，併此指明。

【解釋理由書】

法律之制定與修正，為立法院之職權，行政院依憲法規定，僅得對立法院提出法律案。全民健康保險法第八十九條規定：「本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效」，係指行政院應於本法實施二年後，重新檢討本法實施所面臨問題，並向立法院提出修正案而言。行政院已依同條規定於八十六年七月二十三日向立法院提出全民健康保險法修正草案，尚不發生本法效力存否之問題，合先敘明。

「國家為謀社會福利，應實現社會保險制度」、「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」及「國家應推行全民健

康保險」，既為憲法第一百五十五條、第一百五十七條及憲法增修條文第十條第五項明定之基本國策，立法機關自得制定符合上開憲法意旨之相關法律。至全民健康保險制度應如何設計，則屬立法裁量之範圍。八十三年八月九日公布、八十四年三月一日施行之全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。該法第十一條之一、第六十九條之一及第八十七條關於強制全民參加全民健康保險之規定，係國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要，符合憲法推行全民健康保險之意旨。同法第三十條有關加徵滯納金之規定，係為促使投保單位或被保險人履行公法上金錢給付之義務，與前述強制納保均係實現全民健康保險之合理手段，應無逾越憲法第二十三條規定之必要程度。惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣。

公務人員、勞工、農民已依公務人員保險法、勞工保險條例及農民健康保險條例規定分別參加公務人員保險、勞工保險、農民保險，復依全民健康保險法規定，須參加全民健康保險，係基於整合公勞農保之醫療給付，建立全國單一、公平之健康保險體系之目的，具有促使醫療資源合理分配，發揮社會保險之功能。

此種強制性之社會保險，其保險之條件係由法律規定，一體實施，與依個人意願參加之保險契約有間，立法機關盱衡社會發展之需要，制定或修改法律，變更各項社會保險之規定，建立符合憲法意旨之社會安全制度，不生違背信賴保護利益之問題。惟有關機關仍應本於全民健康保險法施行時，該法第八十五條限期提出改制方案之考量，依本解釋意旨，並就保險之營運（包括承保機構之多元化）、

保險對象之類別、投保金額、保險費率、醫療給付、撙節開支及暫行拒絕保險給付之當否等，適時通盤檢討改進。又農民健康保險條例於全民健康保險法施行後，關於其醫療保險部分，係以行政院函釋為權宜措施之依據，有欠允當，有關機關尤應注意及之，併此指明。

釋字第四七三號解釋

【公布日期】八十八年一月二十九日

【解釋全文】

【解釋文】

全民健康保險法第十八條規定同法第八條所定第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。此項保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付之一種，具分擔金之性質，保險費率係依預期損失率，經精算予以核計。其衡酌之原則以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度，鑑於全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，並以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化之功能，全民健康保險法第二十一條第一項乃規定授權主管機關訂定被保險人投保金額之分級表，為計算被保險人應負擔保險費之依據。依同法第二十二條第一項第三款及第三項規定專門職業及技術人員自行執業而無固定所得者，其投保金額由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報。準此，全民健康保險法施行細則第四十一條第一項第四款規定，專門職業及技術人員自行執業者，其投保金額以分級表最高一級為上限，以勞工保險投保薪資分級表最高一級為下限，係基於法律規定衡量被保險人從事職業之性質，符合母法授權之意旨，與憲法保障財產權之旨趣，並不違背。

【解釋理由書】

全民健康保險之保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付之一種，具分擔金之性質。依全民健康保險法第十八條規定，同法第八條所定第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。國家因公共利益之目的而設立機構，為維持其功能而向受益者收取分擔金，由於負擔分擔金之受益者，並非事實上已受領國家之給付，僅以取得受領給付之機會為已足，是收取分擔金之原則，係以平衡受益與負擔為目的，復因受益者受領給付之機會及其價值如何，無從具體詳細確定，故唯有採用預估方式予以認定。全民健康保險之被保險人繳交保險費，係以受領國家保險給付為標的，由國家用以支應維持全民健康制度必要之費用，此項保險費率自應依預期損失率，經精算予以核計。其斟酌之原則首重損益之衡平，亦即全民健康保險給付與被保險人負擔之保險費額必須相當，以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度。因為保險費額之確定並非與被保險人將來

受領給付之多寡按比例計算，鑑於全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，並顧及被保險人相互間之收入及負擔能力差距甚大，決定保險費時不可能精確考量各被保險人不同的資力，爰以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化之功能。全民健康保險法第二十一條第一項乃規定授權主管機關訂定被保險人投保金額之分級表，為計算被保險人應負擔保險費之基礎。依同法第二十二條第一項第三款規定，專門職業及技術人員自行執業之被保險人以其執行業務所得為投保金額。同條第三項復規定上開被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。準此，全民健康保險法施行細則第四十一條第一項第四款規定：「僱用被保險人數二十人以上之事業負責人及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，按投保金額分級表最高一級申報。但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。」其立法意旨係依全民健康保險制度之功能，經預估有關費用之需求，精算保險費率，核計各該被保險人之投保金額，乃基於法律規定衡量被保險人從事職業之性質而為，符合母法授權之意旨，與憲法保障財產權之旨趣，並不違背。

釋字第五二四號解釋

【公布日期】九十年四月二十日

【解釋文】

全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。又法律授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事項之行政規則為之替代。倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。

全民健康保險法第三十九條係就不在全民健康保險給付範圍之項目加以規定，其立法用意即在明確規範給付範圍，是除該條第一款至第十一款已具體列舉不給付之項目外，依同條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告。又同法第三十一條規定：

「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」「前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」「第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。」內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，其授權相關機關所訂定之健康保險醫療辦法，應屬關於門診或住院診療服務之事項，中華民國八十四年二月二十四日發布之全民健康保險醫療辦法，不僅其中有涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務事項，且在法律無轉委任之授權下，該辦法第三十一條第二項，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，均已逾母法授權之範圍。另同法第四十一條第三款：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違。至同法第五十一條所謂之醫療費用支付標準及藥價基準，僅係授權主管機關對醫療費用及藥價之支出擬訂合理之審核基準，亦不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目 依據。上開法律及有關機關依各該規定所發布之函令與本解釋意旨不符部分，均應於本解釋公布之日起兩年內檢討修正。

【解釋理由書】

全民健康保險之被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議，應由主管機關所設置之全民健康保險爭議審議委員會先行審議，被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，其救濟途徑為訴願及行政訴訟程序，此觀全民健康保險法第五條之規定甚明。本件係被保險人對保險人核定醫療給付事項發生爭議，應循上開爭議程序處理，非屬民事事件，惟事件發生於行政訴訟新制施行之前，既經民事確定終局判決，仍予受理解釋，合先說明。

全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用，與商業保險之內容主要由當事人以契約訂定者有別。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。又法律授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事項之行政規則為之替代。倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。

全民健康保險法第三十九條係就不在全民健康保險給付範圍之項目加以規定，其立法用意即在明確規範給付範圍，是除該條第一款至第十一款已具體列舉不給付之項目外，依同條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告，尚不能捨棄該款而發布規章另作其他不為給付之除外規定。若為避免醫療資源之濫用或基於醫藥科技之發展，認上開法律第三十九條第十二款之規定仍有不足，自得於法律中增訂或另立具體明確之授權條款，以應實際需要並符法律保留原則。

全民健康保險法第三十一條規定：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」「前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」「第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。」內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，其授權相關機關所訂定之全民健康保險醫療辦法，應屬關於門診或住院診療服務之事項。行政院衛生署八十四年二月二十四日訂定發布之全民健康保險醫療辦法第三十一條第一項：「特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意，始得為之。」第二項：「前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之。」其第一項涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務（八十九年十二月二十九日修正發布之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二十條規定亦同），其第二項在法律無轉委任之授權下，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，均已逾越母法授權

範圍。另同法第四十一條第三款：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，又不問有無採取緊急救濟之必要，一律限於事前審查，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違。至同法第五十條第一項：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」第五十一條第一項：「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。」雖係顧及醫療資源合理分配，授予主管機關對醫療費用及藥價之支出，擬訂合理之審核基準，尚不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據。按特殊診療項目及藥材，包括所謂危險性高的醫療服務、易為醫療人員不當或過度使用之醫療服務、高科技診療項目、特殊原因之醫療服務、價格昂貴或有明顯副作用之藥物，法律（醫療法、藥事法等）均有規範，主管機關已知之甚稔，不難純就全民健康保險特殊診療項目及藥材給付範圍，諸如：醫療費用支付標準、藥事服務項目及藥價基準等，以法律或法律具體明確授權條款預為規定，並加以事前公告。若由法律籠統授權之法規命令，以高科技診療項目、高危險醫療服務等，就保險給付加以排除，已有未合，況由未經法律明確授權而任由所屬機關發布規範行政體系內部事項之行政規則，諸如：全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點（中央健康保險局八十六年一月十一日修正公告）、全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點（中央健康保險局八十五年十一月十三日公告）為之替代，於法律保留原則尤屬有違。上開法律及有關機關依各該規定所發布之函令與本解釋意旨不符部分，均應於本解釋公布之日起兩年內檢討修正。又本院釋字第四七二號解釋所釋各項，迄今已逾二年，未見有所措置，於本次修正時，亦應一併注意及之，特此指明。

釋字第五三三號解釋

【公布日期】九十年十一月十六日

【解釋文】

憲法第十六條規定，人民之訴訟權應予保障，旨在確保人民於其權利受侵害時，得依法定程序提起訴訟以求救濟。中央健康保險局依其組織法規係國家機關，為執行其法定之職權，就辦理全民健康保險醫療服務有關事項，與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，約定由特約醫事服務機構提供被保險人醫療保健服務，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，故此項合約具有行政契約之性質。締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件，依中華民國八十七年十月二十八日修正公布之行政訴訟法第二條：「公法上之爭議，除法律別有規定外，得依本法提起行政訴訟。」第八條第一項：「人民與中央或地方機關間，因公法上原因發生財產上之給付或請求作成行政處分以外之其他非財產上之給付，得提起給付訴訟。因公法上契約發生之給付，亦同。」規定，應循行政訴訟途徑尋求救濟。保險醫事服務機構與中央健康保險局締結前述合約，如因而發生履約爭議，經該醫事服務機構依全民健康保險法第五條第一項所定程序提請審議，對審議結果仍有不服，自得依法提起行政爭訟。

【解釋理由書】

憲法第十六條規定，人民之訴訟權應予保障，旨在確保人民於其權利受侵害時，得依法定程序提起訴訟並受公平審判，以獲得適當之救濟。具體案件之訴訟，究應循普通訴訟程序抑或依行政訴訟程序為之，應由立法機關衡酌訴訟案件之性質及既有訴訟制度之功能等而為設計。我國關於民事訴訟與行政訴訟之審判，依現行法律之規定，分由不同性質之法院審理，係採二元訴訟制度。除法律別有規定外，關於因私法關係所生之爭執，由普通法院審判；因公法關係所生之爭議，則由行政法院審判之（本院釋字第四六六號解釋參照）。

行政機關基於法定職權，為達成行政目的，得以行政契約與人民約定由對造為特定用途之給付，俾有助於該行政機關執行其職務，而行政機關亦負相對之給付義務（行政程序法第一百三十七條第一項第一款及第二款參照）。國家為辦理全民健康保險，提供醫療保健服務，以增進國民健康（全民健康保險法第一條參照），依全民健康保險法第三條、第六條規定，由行政院衛生署設中央健康保險局為保險人，以辦理全民健康保險業務，並由中央健康保險局依全民健康保險法第五十五條規定，與保險醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故

時，由特約保險醫事服務機構依全民健康保險法第三十一條及全民健康保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務，以為中央健康保險局之保險給付（全民健康保險法第二條）。按全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民福祉至鉅，具公法之性質，業經本院釋字第五二四號、第四七三號、第四七二號解釋闡釋甚明。中央健康保險局與保險醫事服務機構締結之全民健康保險特約醫事服務機構合約，該合約既係由一方特約醫事服務機構提供就醫之保險對象醫療服務，而他方中央健康保險局支付其核定之醫療費用為主要內容，且依全民健康保險特約醫事服務機構合約第一條之規定意旨，中央健康保險局之費用給付目的，乃在使特約醫事服務機構依照全民健康保險法暨施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法等公法性質之法規提供醫療服務，以達成促進國民健康、增進公共利益之行政目的。又為擔保特約醫事服務機構確實履行其提供醫療服務之義務，以及協助中央健康保險局辦理各項保險行政業務，除於合約中訂定中央健康保險局得為履約必要之指導外，並為貫徹行政目的，全民健康保險法復規定中央健康保險局得對特約醫事服務機構處以罰鍰之權限，使合約當事人一方之中央健康保險局享有優勢之地位，故此項合約具有行政契約之性質。締約雙方如對契約內容發生爭議，自屬公法上爭訟事件。

依八十七年十月二十八日修正公布之行政訴訟法第二條：「公法上之爭議，除法律別有規定外，得依本法提起行政訴訟。」第三條：「前條所稱之行政訴訟，指撤銷訴訟、確認訴訟及給付訴訟。」第八條第一項：「人民與中央或地方機關間，因公法上原因發生財產上之給付或請求作成行政處分以外之其他非財產上之給付，得提起給付訴訟。因公法上契約發生之給付，亦同。」等規定，訴訟制度已臻完備，本件聲請人特約醫事服務機構，如對其與中央健康保險局所締結之合約內容發生爭議，既屬公法上事件，經該特約醫事服務機構依全民健康保險法第五條第一項所定程序提請審議，對審議結果仍有不服時，自得依法提起行政爭訟。

全民健康保險法制定於八十三年八月九日，其第五條第一項規定：「為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對於保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。」第三項規定：「被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。」就保險醫事服務機構，於不服全民健康保險爭議審議委員會審議結果，應循何種訴訟途徑救濟未設規定，中央健康保險局於前開全民健康保險特約醫事服務機構合約中與特約醫事服務機構合意定民事訴訟管轄法院（本院釋字第四六六號解釋參照），固非可議，惟行政訴訟新制實施之後，自應循行政爭訟程序解決。

二、全民健康保險法規解釋彙編

1. 酒癮、煙癮之戒斷治療是否屬全民健康保險給付範圍

行政院衛生署 84.10.6.衛署健保字第八四〇五四二九九號函

主旨：所請釋示酒癮、煙癮之戒斷治療是否屬全民健康保險給付範圍案，復請查照。

說明：

- 一、復貴局八十四年八月二十五日健保醫字第八四〇一二九三九號函。
- 二、本署業依全民健康保險法第三十九條第一項第十二款規定，以八十四年十月六日衛署健保字第八四〇五四二九九號公告：「酒癮、煙癮之戒斷治療不屬全民健康保險給付範圍」。至其併發或引起之疾病，基於保障保險對象就診權益，得位全民健康保險法第二條之規定，給予保險給付。

2. 特約中醫院所開給之飲片費用，應由保險對象自付

行政院衛生署 84.11.6.衛署健保字第八四〇六二七四一號函

主旨：所報全民健保特約中醫醫院、診所另設飲片門診之支付疑義案，復請查照。

說明：

- 一、復貴局八十四年十月三日健保醫字第八四〇一六八四六號函。
- 二、本案經提本署全民健康保險小組第二十三次會議決議：
 - (一)飲片費用非屬全民健康保險給付範圍，應由保險對象自付。
 - (二)中醫院所另設飲片門診，其定義不明，請健保局再行研究瞭解。
- 三、請依上開決議辦理。

3. 全民健康保險中醫醫療給付與不給付範圍

中央健康保險局 85.4.30.健保醫字第八五〇〇七〇八三號函

主旨：檢送「全民健康保險中醫醫療給付與不給付範圍」乙份，請轉知轄區中醫醫療院所自文到之日起辦理。(如後附表八)

說明：依行政院衛生署中醫藥委員會八十五年四月六日衛中會醫字第八五〇〇一五二二號函辦理。

附表八

甲、給付部分

項 目	備 註
A 針療	
純針刺	針灸雖包括純針刺、電針療法、放血療法等多種方式，但給付不另區分。
電針	
火針	
放血療法	
B 灸療：傳統	
艾炷灸	配合針法於中醫院所內使用。
艾條灸	
溫針灸	
其他灸法	
C 傷科治療	
理筋手法（推拿）	傷科之推拿須配合其他傷科處置（如整復、冷熱敷、藥洗或換藥），不得單獨列報費用。
徒手整復（整椎、整脊）	
冷熱敷	須配合其他傷科處置，不得單獨列報費用。
藥洗	
外敷藥（換藥）	
D 脫臼整復	
非開放性骨折整復	自八十四年九月起比照脫臼整復支付點數。

乙、不給付部分

項 目	備 註
A 針療	
耳針	使用耳珠、耳棒或王不留行籽貼穴不予給付。
無痛針灸	
穴位埋線、挑治、割治理線	
B 拔罐治療	一、拔罐不予給付。 二、拔罐配合針灸，以針灸項目給付。
C 診斷儀器	
良導絡檢查儀	
EDSD 穴位電機能篩檢測試儀	
秦值生物能診療儀	
莫翰哥經絡診斷儀	
雷射血流測定儀	
微循環檢查儀	
神探	
脈波儀	

丙、其他不給付項目（牽涉法令部分由中醫界與醫政主管單位協商）

項 目	備 註
水針	
血量干擾波	
低週波	
牽引機	
牽引床	
肩輪	
氣功燈	
雷射針灸	
按摩床（熱毯）	
微波	
超音波治療器	
Micro Themy	
Infra-red Lamp	
滾輪床	
整脊床	

4.中醫健保給付相關疑義

中央健康保險局 85.6.18.健保醫字第八五〇一一五六九號函

主旨：貴院函詢健保給付相關疑義乙案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴院八十五年六月三日高郭字第八五〇六〇三〇一號函。
- 二、反映應明確告知中醫針灸、傷科給付與不給付範圍乙節，查本局業於八十五年四月三十日以健保醫字第八〇〇七〇八三號函函知各級中醫師公會有關「全民健康保險中醫醫療給付與不給付範圍」，其內容規定針灸不給付項目包括：使用耳珠、耳棒或王不留行籽貼穴，無痛針灸，穴位埋線；其他不給付項目包括水針、電射針灸。傷科治療除整復外，推拿、冷熱敷、藥洗、換藥均須配合其他傷科處置，不得單獨列報費用。
- 三、另灸法須配合針法於中醫院所內使用，如僅單純灸法（包括以艾膏敷穴位），雖配合熱療，本局不予給付。

5.中醫醫療院所執行檢驗之開單與判讀，健保是否給付

中央健康保險局 85.7.19.健保醫字第八五〇一三九二九號函

主旨：有關中醫醫療院所執行檢驗之開單與判讀，本保險是否給付乙案，復請 查照。

說明：

- 一、行依行政院衛生署八十五年六月十二日衛署醫字第八五〇二四六九〇號函辦理。
- 二、中醫院所如符合行政院衛生署下列規定設置檢驗室者，經向分局報備核准後，其執行檢驗之費用，本保險同意支付：
 - (一)中醫診所，如其全部之中醫師，均係中醫學系畢業者，依行政院衛生署八十二年五月十四日衛署醫字第八二二九一六九號函規定，得設置檢驗室。
 - (二)依行政院衛生署八十二年十月一日衛署醫字第八二五四六一八號函，中醫醫院符合下列規定者，得設置檢驗室。但其特考及格之中醫師，仍不得為病人開具檢驗單：
 - 1.負責醫師應為中醫學系畢業之中醫師。

2.中醫師總人數四人以下者，中醫學系畢業之中醫師至少應有二人以上（含負責醫師）。

3.中醫師總人數逾四人者，其中半數以上應為中醫學系畢業之中醫師。

三、副本抄送私立中國醫藥學院，兼復 貴學院八十五年五月二十三日（八五）生校字第〇五六六號函。

6.特約醫事服務機構申復案件，審查委員另行核減非申復診療項目，追扣之金額計算方式及電腦處理作業

中央健康保險局 85.4.13.健保醫字第八五〇〇八〇三七號函

主旨：有關特約醫事服務機構申復案件，審查委員另行核減非申復診療項目，追扣之金額計算方式及電腦處理作業，詳說明段，請參照辦理。

說明：

- 一、南區分局八十五年三月六日請辦單辦理。
- 二、療費用申報案件於申復時又遭追扣者，按「核減金額」追扣，即不再回推計算。電腦作業請於 PD17BE 畫面選擇原因別「1.核算追加」處理；此類案件如申復，經審核同意補付時，請於 PD17BE 畫面選擇原因別「A核算補付」處理。

7.中醫院所凡抽樣審查之個案應檢送「當月就診全部病歷影本」

中央健康保險局 85.4.18.健保醫字第八五〇〇八一三七號函

主旨：請轉各中醫院所，凡抽樣審查之個案應檢送「當月就診全部病歷影本」，以便對個案之處方用藥或療療程有全盤性瞭解，俾利醫療費用之審查，請 查照。

說明：依本局（八十五）年三月十二日醫療服務審查委員會第五次審查委員會議紀錄（本局八十五年三月二十二日健保審字第八五〇〇四六五八號函諒達）提案七之決議辦理。

8.西醫住院患者如何會診中醫診療

中央健康保險局 85.10.9.健保醫字第八五〇一四九五六號函

主旨：關於嘉義基督教醫院函詢「西醫住院患者如何會診中醫診療」乙案，復如說明，請 查照。

說明：

- 一、復 貴分局八十五年七月九日健保南住字第八五〇二四〇三一號函。
- 二、依全民健康保險醫事服務機構特級及管理辦法第二十六條之規定：「……並不得應保險對象之要求，而予處方、用藥、檢查及申報費用」，故保險對象於住院期間應不得要求中醫診療。至患者得否以請假方式外出就診乙節，依行政院衛生署八十四年八月一日衛署健保字第八四〇三四五五三號、八十四年十二月二十九日衛署健保字第八四〇六六二一六號函釋，除精神病患及入住慢性病院患者，因該院無法提供之服務項目，經位規定徵求主治醫師同意辦妥請假手續後，得持健保卡至其他醫事機構就診，並於回原住院醫院後再將健保卡繳回外，餘均不得於住院期間至他處就診。如患者堅持外出接受中醫治療，請建議俟其出院後再轉往中醫門診就醫為宜。
- 三、特約院所同時設有中西醫診療科別，病患得否會診中醫部分，鑑於目前全民健保尚未開辦中醫住診業務，故西醫住院期間不得會診中醫及申報住院會診費等相關醫療費用。

9. 同一日由同醫師看診二次以上者，得依看診次數給付診察費疑義

中央健康保險局 85.12.26.健保醫字第八五〇二七〇六一號函

主旨：有關 貴分局醫療品質促進委員會西醫小組第五次會議決議，建請同意保險對象同一日由同一醫師看診二次以上者，得依看診次數給付診察費乙案，復請 查照。

說明：

- 一、 貴分局八十五年十一月十八日健保中醫字第八五〇二九八八九號函。
- 二、八十四年六月二十日公告之「全民健康保險特約醫院及診所辦理醫療業務須知」第四項十五(二)規定，同日兩次以上門診，如由同一醫師診療者，以合併申報為「原則」，惟如經專業認定係「不同疾病」或「同一疾病病情急遽變化再次診療」者，應可視為另次診療給付診察費。

10.物理治療費用之申報、費用核付、超次費用核扣等三項之申報方式

中央健康保險局 86.7.7.健保醫字第八六〇一九二九四號函

主旨：有關全民健康保險醫療費用支付標準（上冊）第四章復健治療第二節通則二、物理治療人員每日可申報上限為四十五人次之執行方式乙案，請查照並轉知轄區醫療院所辦理。

說明：

- 一、月可申報人次上限之計算：每月專任物理治療人員實際執行物理治療總日數乘以四十五。
- 二、費用核付方式：
 - (一)申報件數：係指申報 42001A-42015C 之次數。
 - (二)有關簡單、中度、複雜案件申請件數、金額及專任物理治療人員實際執行物理治療總日數擬由院所自行依附件表格填報。
- 三、超次費用核扣方式：將應核扣之次數百分比，分攤至簡單、中度及複雜案件，計算公式為：超次核扣金額 = $[(\text{總申報件數} - \text{每月申報上長件數}) / \text{總申報件數}] \times \text{總申報金額}$ 。

11.門診處方及住院費用醫令清單中醫令明細之申報方式

中央健康保險局 86.7.29.健保醫字第八六〇二一七八八號函

主旨：重申門診處方及住院費用醫令清單中醫令明細之申報方式，請轉知貴轄區特約醫事服務機構辦理，請查照。

說明：

- 一、據台北市分局八十六年六月十一日請辦單辦理。
- 二、門診處方及住院費用醫令清單中醫令明細之申報方式如下：
 - (一)支付成數取至小數點下二位，第三位四捨五入。
 - (二)總量（數量）取至小數點下一位，第二位四捨五入。
 - (三)單價取至小數點下二位，第三位四捨五入。

12.門診醫療給付中「診療費」包含之項目疑義

中央健康保險局 85.6.17.健保醫字第八五〇〇三四一七號函

主旨：貴會函詢有關門診醫療給付中「診療費」包含之項目等疑義乙案，復請查照。

說明：

- 一、復 貴會八十五年二月十二日（八十五）中華民國政字第〇一一號函。
- 二、依「全民健康保險醫療費用支付標準」第一部第一章「門診診察費」通則一規定，門診診察費所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 三、至於「牙周總檢查」項目，其治療內容均應包含於診察費及相關牙周治療費用內，不得另計申報費用或另向保險對象收費。

13.特約西醫醫療院所執行針灸業務，其診療費用申報範圍

行政院衛生署 84.4.21.衛署健保字第八四〇一一五三〇號函

主旨：有關全民健保特約西醫醫療院所執行針灸業務，其診療費用得否申報乙案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴局（籌備處）八十三年十二月二十二日及八十四年二月衛中健醫字第四一三四號八十四年二月二十七日保醫字第八四〇〇〇二四二號二函。
- 二、本案經提本（八十四）年三月十六日全民健康保險小組第一四一次會議討論決議如下：
 - （一）西醫醫療院所執業登記設有中醫科者方予特約中醫業務，其所執行之針灸服務，保險人將予給付。
 - （二）本署認可之針灸訓練醫療機構執行之針灸項目，可予給付。
 - （三）依前述原則同意給付針灸服務之西醫醫療機構，其執行針灸業務之支付標準，按中醫針灸之支付標準辦理。
- 三、請依說明二決議事項辦理

14.中醫院所具醫師雙重資格者得執行心電圖、X光檢查單之開具與判讀支付疑義

中央健康保險局 85.3.1.健保醫字第八四〇二三二一九號函

主旨：函釋有關中醫院所具醫師、中醫師雙重資格者得執行電圖、X光檢查單之開具與判讀支付疑義，請查照。

說明：

- 一、特約中醫院所執行檢驗，應符合行政院衛生署八十二年十月一日衛署醫字第八二五四六一八號函之規定。又若設X光機者，其X光機設備之操作，應符合原子能法相關規定。
- 二、執行心電圖、X光檢查、檢驗（開單及判讀），需兼具醫師、中醫師雙重資格，而以中醫師資格登記開（執）業者。如僅具中醫師（中醫學系、學士後中醫系畢業或特考及格之中醫師）之資格者，其執行上開業務，本保險不予支付。
- 三、為對二人以上中醫院所申報該等費用之管理，請貴分局就轄區內目前已申請檢驗，心電圖、X光檢查之中醫院所，請其先行報備兼具醫師、中醫師雙重資格之專任中醫師名冊，以為核付醫療費用之依據。

15. 疔、瘡症就診不得以中醫傷科支付點數申報，自製外用藥本保險不予給付，不可申報診察費

中央健康保險局 86.1.23.健保醫字第八六〇〇〇二六二號函

主旨：貴分局對疔、瘡症就診不得以中醫傷科支付點數申報，惟得否申報診察費，外用藥由患者自費，抑或全部本保險不給付有疑義乙案，復請查照。

說明：

- 一、復貴分局八十五年十二月三十一日健保中醫字第八五〇三三五三八號函。
- 二、全民健康保險特約醫事服務機構合約第十條規定：「乙方經甲方同意辦理中醫業務者，應依規定提供保險對象中醫診療、中藥或治療材料。前項規定之中藥應以中央衛生主管機關核定之濃縮複方製劑為限。若病情確有需要，得以單味之中藥濃縮製劑處方投藥。高價藥及療補並效之藥物不予給付。」
- 三、依上開規定，疔、瘡自製外用藥本保險不予給付，亦不可申報診察費。

16.中醫院所接受同一患者一日看診二次以上之醫療費用申報規定疑義

中央健康保險局 86.3.17.健保醫字第八六〇〇三三一五號函

主旨：有關中醫院所接受同一患者一日看診二次以上之醫療費用申報規定疑義乙案，復請查照。

說明：

- 一、復 貴分局八十六年二月一日健保高門字第八六〇〇三〇六〇號函。
- 二、本局八十四年七月十九日健保醫字第八四〇一二一五〇號函檢附之中醫醫療相關問題彙編，查問題五之規定，同日二次以上門診，由同一醫師看診者，係以合併申報為「原則」，如經專業認定係「不同疾病」者，可視為另次診療給付診察費，惟醫師不得以規避同一療程，變更傷病名稱以多申報診察費。
- 三、又問題彙編問題六之規定，「同日二次門診，如係上午感冒、下午跌傷，可視為二次門診，費用分開申報，診察費按二次計」，係以不同疾病為認定，惟中醫同疾病於針灸、傷科或脫臼整復治療同時開藥，不得將處置與開藥分開申報。

17.同一人兼具醫師、中醫師雙重資格，而以中醫師資格開（執）業者，經檢附兩種醫師資格並經報備核可後，必要時得委託本局指定醫事檢驗機構辦理檢驗工作

中央健康保險局 86.5.9.健保醫字第八六〇〇八一〇〇號函

主旨：同一人兼具醫師、中醫師雙重資格，而以中醫師資格開（執）業者，經檢附兩種醫師資格向貴分局核備核可後，必要時得委託本局指定醫事檢驗機構辦理檢驗工作，請查照。

說明：根據本局中區分局本（八十六）年三月二十四日健保中醫字第八六〇〇八一七號函辦理。

18.藥局負責藥師與中醫診所負責人為同一人，其均於醫療法公布前申請開業，並未違反當時之醫療法規，是否得均予特約

中央健康保險局 84.11.6.健保醫字第八四〇一七一五三號函

主旨：貴分局函為轄區護民藥局負責藥師與XXX中醫診所負責醫師為同一人，其均於醫療法公布前申請開業，並未違反當時相關之

醫療法規，是否得均予特約乙案，復如說明，請 查照。

說明：

- 一、復 貴分局本(八十四)年九月十四日健保高醫字第八四〇〇七八五一號函。
- 二、依行政院衛生署八十年十二月十八日衛署醫字第九八九〇三五號函釋，中醫師兼具藥師資格者，僅得擇一資格開、執業。(如附件)
- 三、請 貴分局函知護民藥局及護民中醫診所負責人梁俊德，請其依衛生署函釋辦妥擇一開、執業手續後，再行與本局辦理特約。

附件

行政院衛生署 80.12.18.衛署醫字第九八九〇三五號函

主旨：所請釋示中醫師兼具藥師資格者，其開、執業有關疑義乙案，復請查照。

說明：

- 一、復貴會八十年十一月十五日中縣藥師總字第〇三〇號函。
- 二、中醫師兼具藥師資格者，僅得擇一資格開、執業；其以中醫師資格申請開設診所可否在同一場所兼管中藥販賣商業業務，檢附本署八十年十二月九日衛署醫字第九九六二一八號函抄件影本供參。
- 三、嗣後有關醫政法令疑義，以循行政系統函請台中縣衛生局層轉核釋為宜。

19.保險醫事服務機構將病患病歷分為「自費就診」及「全民健保特約給付」二項分別放置，並拒絕提供借調自費就診病患之病歷，其行為是否違反全民健康保險法

中央健康保險局 84.11.15.健保醫字第八四〇一九五八四號函

主旨：有關保險醫事服務機構將病患病歷分為「自費就診」及「全民健保特約給付」二項分別放置，並拒絕提供借調自費就診病患之病歷，對於保險醫事服務機構是項行為之規範乙案，復如說明，請 查照。

說明：

- 一、依行政院衛生署本(八十四)年十月十四日衛署健保字第八四〇五三八八四號函辦理，並復 貴分局本(八十四)

年七月二十二日健保中醫字第八四〇〇八六八五號函。

- 二、依全民健康保險法第六十二條規定，保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙，故保險醫事服務機構不得以保險對象自費就診為由拒絕提供。違者，應依同法第七十六條及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十四條第一款規定處理。

20.全民健康保險法第五十八條（保險醫事服務機構本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。）及醫療法第十七條（醫療費用）之適用疑義

行政院衛生署 84.12.5.衛署健保字第八四〇六四一一七號函

主旨：有關全民健康保險法第五十八條及醫療法第十七條之適用疑義乙案，復請查照。

說明：

- 一、復貴局八十四年十月十二日健保醫字第八四〇一五四〇八四號函。
- 二、全民健康保險法第五十八條規定：保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。因此除本保險不給付項目或法定部分負擔外，如有再向保險對象收取費用或超收部分負擔等情事，均屬違反規定自立名目向保險對象收取費用。
- 三、醫療法第十七條所稱醫療費用，係指醫療上所發生之費用而言。又依本署八十二年十一月二十二日衛署醫字第八二〇七五八二〇號函規定，醫療機構之普通飲食，其收費標準比照醫療費用納入管理。至於洗衣費，不屬醫療費用。
- 四、至於預收保證金部分，本署曾於本（八十四）年五月十七日以衛署醫字第八四〇二五七四四號函示；私立醫療機構於患者辦理住院時收取保險金，如經查證屬實，不論該措施是否屬強制規定，應屬違反醫療法第十八條第二項規定。
- 五、住院之慢性精神病患，醫院應鼓勵病人自己清洗日常衣物，以訓練其自我照顧之能力。本案該醫院如無代為清洗

病人日常衣物之事實，而向病人收取洗衣費，應屬違反規定，自立名目收費。

21. 中醫院所對保險對象收費問題

行政院衛生署 85.1.9.衛署醫字第八四〇七六五三二號函

主旨：所詢有關中醫醫院對健保病患收取自費高價藥材並於處方中簽註病患同意書等行為，是否違法乙案，復請查照。

說明：

- 一、復 貴處八十四年十二月十三日八十四衛三字第〇九二九九四號函。
- 二、查全民健保中藥之使用，係依「全民健康保險中藥用藥品項表」所收載為範圍，採正面表列方式，而全民健保中醫門診不給付項目含原藥材（飲片）、高價藥及療補並效之藥物。
- 三、依全民健康保險法第五十八條規定：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用」。又依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二十六條規定：「保險醫事服務機構，於本保險給付範圍內，所需之藥劑、治療材料及其他屬於保險給付項目，除保險人規定之特定治療材料外，不得囑保險對象自購藥劑、治療材料或自費檢查及收取費用，並不得應保險對象之要求而予處方、用藥、檢查及申報費用」。
- 四、依前揭規定，如依保險對象病情，需使用全民健保不給付之指示用藥或成藥治療，特約醫療院所自得交付使用並依醫療機構收費標準規定向保險對象收取費用。惟依保險對象病情需要所需之藥劑，以本保險給付範圍之藥品品項，即可供治療者，特約醫療院所應不得以使用本保險不給付之藥品為由，而要求保險對象自費。亦不得以病人已簽具同意書為由，超額收費。違者，依全民健康保險法第七十五條及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十二條規定處理。
- 五、本案 xxx 中醫醫院處方箋所示用藥，可否以本保險中藥用品項表收載範圍內藥品替代，宜請中醫專家提供意見，以

作為該院是否違反規定之認定。

- 六、另，醫師法第十二條第一項前段規定：「醫師執行業務時，應製作病歷，記載病人姓名、出生年、月、日、性別、住址、職業、病名、診斷及治療情形。」醫療法第四十八條第二項前段規定：「病歷內容應清晰、詳實、完整。」同法施行細則第四十八條復規定：病歷摘要，應載明左列事項：一、病人姓名、性別、籍貫、出生年月日及住址。二、病歷號碼。三、主訴。四、病史。五、檢查結果。六、診斷。七、治療經過。八、注意事項、出院後醫囑或建議事項」。本案林榮堯醫師所寫之病歷是否適法，請依上揭規定審酌認定。

22. 中醫醫院、診所不得設置X光機

中央健康保險局 84.9.18.健保醫字第八四〇一三九五六號函

主旨：貴院來函申復三、四月份中醫X光檢查給付乙案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復 貴院八十四年六月十五日(八四)院室字第〇七二二號函。
- 二、行政院衛生署七十九年六月二十九日衛署醫字第八八七一六九號函釋示：「依醫療機構設置標準規定，中醫醫院、中醫診所不得設置X光機；又X光之檢查、判讀，非屬中醫師專業範疇，中醫師不得為之。」是以，中醫醫療院所實施X光檢查，其費用本局不予給付。
- 三、依本(八十四)年七月二十五日研商「全民健康保險醫療費用中醫審查注意事項」會議，對建議增列中醫X光檢查之給付案，作成如下決議：
 - (一)同意中醫X光檢查暫不列入給付範圍。
 - (二)有關西醫附設中醫部門之醫院，可否列報X-Ray費用函請行政院衛生署解釋後再議。

依上述決議，中醫X光檢查暫不列入給付範圍，貴院因係西醫附設中醫部門之醫院，本局將函請衛生署釋示後另行函復。

23.領有慢性病連續處方箋病患於出國前一星期內始得憑機票等證明，預領連續處方箋下一次之藥量

中央健康保險局 84.7.29.健保醫字第八四〇一二四二七號函

主旨：請配合辦理領有慢性病連續處方箋患者因出國得憑機票等證明預領一個月藥量之作業，請 查照。

說明：

- 一、本局前於本(八十四)年六月二十六日以健保醫字第八四〇〇六九九一號函復中區分局同意持慢性病連續處方箋患者，若於領藥時出具機票等足以證明其出國之相關證明文件得個案權宜多給一個月藥量，惟當次之全部藥量以二個月為限，該函並副知行政院衛生署及本局其他分局。
- 二、貴中心應診醫師因病患出國發給二個月藥量時，可以申報二個月藥量及二次藥事服務費。
- 三、有關電腦系統及行政作業配合措施如後：
 - (一)批價畫面強迫入檔欄鍵入”F”，可取消病人前次領藥服完前七日內方得再次給藥之限制，預先發給下一個月之藥量。
 - (二)如一次發給二個月藥量時，請以二次批價作業方式辦理，即第一次批價按原作業方式，鍵入一個月藥量；第二次批價以新增功能進行，於強迫入檔欄建入F，多次批價欄加一，更改領藥序號後，再鍵入一個月藥量，完成批價作業。另配合於慢性病連續處方箋調劑序號欄連續加蓋二個醫院章、藥師章並加註機票號碼。
- 四、領有慢性病連續處方箋患者於出國前一星期內始得憑機票等證明，預領連續處方箋下一次之藥量。

24.未持用「全民健康保險慢性病連續處方箋」之慢性病患，其再次處方取藥之間隔日數

中央健康保險局 85.6.12.健保醫字第八五〇〇六一三二號函

主旨：貴分局函詢有關未持用「全民健康保險慢性病連續處方箋」之慢性病患，其再次處方取藥之間隔日數乙案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴分局八十五年三月十八日健保北醫字第八五二〇

一七九三號函。

- 二、對於未持用「全民健康保險慢性病連續處方箋」或非病情穩定之慢性病患者，本局並未嚴格規定再次處方取藥之間隔日數，惟基於節約醫療資源，針對醫院申報若有異常之處，則宜透過專業審查來處理。

25. 醫療院所如何使用電腦處理病歷疑義

行政院衛生署 84.11.20.衛署醫字第八四〇七〇五〇七號函

主旨：有關醫療機構使用電腦處理病歷疑義一案，復請查照。

說明：

- 一、復台端八十四年八月二十二日致本署 張署長函。
- 二、按醫師法第十二條第一項前段規定：「醫師執行業務時，應製作病歷，記載病人姓名、出生年、月、日、性別、住址、職業、病名、診斷及治療情形。」，醫療法第四十八條：「醫院、診所之病歷，應指定適當之場所及人員保管，並至少保存十年。病歷內容應清晰、詳實、完整。醫院之病歷並應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。」。醫療機構使用電腦製作病歷者，於輸入電腦時，應隨即將紀錄內容列印，並由診治醫師簽名，以依法建立實體病歷資料，並依規定年限保存。對於電腦保存之病歷紀錄，亦應妥善管理，善盡法令所規定之保密義務。
- 三、對於實體病歷之製作，可參考本署八十四年三月二十日衛署醫字第八四〇一二〇二一號函（影本如附件）說明四規定，或藉由修改台端所使用之電腦軟體及列印方式，以符合醫師法及醫療法相關規定。

26. 未具中醫師資格人員，從事電療及針灸拔針之行為，依違反醫師法論處

行政院衛生署 85.11.22.衛署醫字第八五〇六二一一〇號函

主旨：有關 XXX 中醫診所，涉有容留未具醫師資格人員，擅自執行醫療業務一案，復請查照。

說明：

- 一、復貴處八十五年十月二十九日衛三字第八五〇〇七九二六九號函。

二、本案所稱「電療」，係指將電療儀電源輸出夾，夾於針灸針上輸入電源，以加強針療效果之醫療行為，應由中醫師親自為之。

三、按目前並無中醫師助理之專業人員制度，未具中醫師資格人員，從事電療及針灸拔針之行為，應依違反醫師法第二十八條規定論處。

27.中醫醫院、診所給予患者健保不給付之煎劑而向健保局申請科學中藥費用情事，其負責醫師涉有業務上違法或不正當行為，依違反醫師法規定論處

行政院衛生署 86.3.21.衛署醫字第八六〇〇三八三〇號函

主旨：中醫醫院、診所給予患者健保不給付之煎劑而向健保局申請科學中藥費用情事，其負責醫師涉有業務上違法或不正當行為，應依違反醫師法第二十五條規定論處，復請查照。

說明：復貴處八十六年一月二十一日衛三字第八六〇〇〇三七四七號函。