

中華民國醫師公會全國聯合會

就台灣醫院協會所提「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」修正草案意見立場彙整表

100.8

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
	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 保險人應依本辦法規定辦理保險醫事服務機構(以下稱服務機構)提供全民健康保險(以下稱本保險)醫療服務項目、數量及品質之審查及醫療費用申報、核付作業。 保險人辦理前項醫療服務審查，應組成醫療服務審查會。	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。	本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下： 第二條 保險人應依本辦法規定辦理保險醫事服務機構(以下稱服務機構)提供全民健康保險(以下稱本保險)醫療服務項目、數量及品質之審查及醫療費用申報、核付作業。 保險人辦理前項醫療服務審查，得組成醫療服務審查會(以下稱審查會)。	維持中央健保局 100.5.25 討論會議結論。
第三條 本辦法所稱醫療服務審查包括事前審查、事後審查、實地審查及抽樣或檔案分析。 醫療費用申報、核付程序與時程包括醫療服務點數及藥物費用申報、暫付、抽樣、	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		1.第 1 項，贊同台灣醫院協會修正建議。 2.第 2 項，維持現行規定。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
核付及申復等程序。 ※說明： 第一項回歸母法文字	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		
<p>第四條 服務機構向保險人申報醫療服務點數及藥物費用應檢具下列文件：</p> <p>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。</p> <p>為醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，服務機構須於保險人通知後提供。</p> <p>※說明 1.回歸母法文字：醫療服務點數及藥物費用 2.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為</p>	<p>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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
「服務機構」。			
第五條 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及藥物費用。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。		贊同台灣醫院協會修正建議。
第六條 服務機構申報醫療服務點數，應自提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅日起六個月內為之。 逾前項申報期限者，保險人應不予支付。 服務機構申報之醫療服務點數及藥物費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條、第三十七條或第三十八條規定之情事者，自保險人受理申報醫療服務案件、申復案件之日起逾六個月時，保險人不得追扣，但有不可	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三十六條、第三十七條或第三十八條規定之情事者，自保險人受理申報醫療服務案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。 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	本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下： 第六條 服務機構申報醫療服務點數，應自提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅日起六個月內為之。 逾前項申報期限者，保險人應不予支付。 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三十六條、第三十七條或第三十八條規定之情事者，自保	因中央健保局已依 100.5.25 討論會議結論二案併陳衛生署，爰建議待衛生署裁示結果。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p><u>法情事或異常情形不在此限。</u></p> <p>對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件<u>六個月</u>內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，不得回推，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣，<u>但有不法情事或異常情形不在此限。</u></p> <p>※說明：基於平等互惠原則建議將二年之期限縮短為六個月。</p>	<p>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，不得重複核扣。</p>	<p>險人受理申報醫療服務案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。</p> <p>對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，不得回推，其經審查核減之同一部分不得重複核扣。</p> <p>二、另台灣醫院協會建議第四項，「對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件 2 年內不得追扣部分」，基於公平對等原則，亦應比照修正為 6 個月不得追扣，但有特例規定者除外。以上之建議，依 100 年 5 月 25 日會議結論將併行陳報衛生署。</p>	
<p>第七條 服務機構如期申報之醫療服務點數及藥物費用，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：</p>	<p>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：</p>		<p>1.本條本文及第 4 款，贊同台灣醫院協會修正建議。</p> <p>2.本條第 3 款，因現行規定對現制運作未生影響，且台灣醫院協會未提</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。</p> <p>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。</p> <p>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服務機構，暫付之每點金額，以最近三個月預估平均點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。保險人得另與各部門總額受託單位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。</p> <p>四、服務機構當月份申報之醫療服務點數及藥物費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於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</p>	<p>一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。</p> <p>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。</p> <p>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保險醫事服務機構，暫付之每點金額，以最近三個月預估平均點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。保險人得另與各部門總額受託單位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。其他交付機構適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。</p> <p>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</p>		<p>供刪除「其他交付機構適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。」之理由，爰除建議贊同刪除「保險醫事」外，其餘維持現行規定。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>險人應予追償。</p> <p>※說明：</p> <p>1.回歸母法文字：醫療服務點數及藥物費用</p> <p>2.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p> <p>3.刪除第1項第3款後段文字。</p>	<p>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。</p>		
<p>第八條 服務機構依本法第六十二條第二項規定期限內申報，保險人應於收到申報文件之日起，依下列期限暫付：</p> <p>一、電子資料申報者：十五日內。</p> <p>二、書面申報者：三十日內。</p> <p>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）通知服務機構。自保險人通知日起，服務機構於十日內補正者，保險人依規定辦理暫付事宜。</p> <p>暫付日期之計算以補正</p>	<p>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：</p> <p>一、電子資料申報者：十五日內。</p> <p>二、書面申報者：三十日內。</p> <p>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。</p>		<p>因台灣醫院協會未提供本條修正為「依本法第六十二條第二項」之理由，爰除贊同刪除「保險醫事」外，其餘維持現行規定。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>資料送達日起算。保險人通知日及服務機構補正日之計算均含例假日。</p> <p>※說明</p> <p>1.配合本辦法第5條之修正，酌修本條第1項文字。</p> <p>2.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>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。</p>		
<p>第九條 服務機構未依本法第六十二條第二項規定期限申報者，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。</p> <p>※說明</p> <p>1.配合本辦法第5條之修正，酌修本條第1項文字。</p> <p>2.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>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。</p>		<p>因台灣醫院協會未提供本條修正為「本法第六十二條第二項」之理由，爰除贊同刪除「保險醫事」外，其餘維持現行規定。</p>
<p>第十條 服務機構送核、申復、補報之醫療服務案件，保險人</p>	<p>第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療服務案</p>		<p>1.本條第1項、第3項及第4項，贊同台灣醫院協會修正建議。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>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。</p> <p>實施總額預算部門之服務機構，前項醫療服務案件之核付、再議、爭議及行政爭訟之每點金額，以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。惟若受理當月之預估點值未產出前，以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。保險人得另與各部門總額受託單位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。</p> <p>服務機構申報醫療服務點數及藥物費用，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。</p> <p>保險人依第四條第三項規定，通知服務機構檢送病歷或診療證明文件等資料，服務機構應於通知日起七日內（不含例假日）完</p>	<p>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。</p> <p>實施總額預算部門之保險醫事服務機構，前項醫療服務案件之核付、再議、爭議及行政爭訟之每點金額，以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。惟若受理當月之預估點值未產出前，以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。保險人得另與各部門總額受託單位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。其他交付機構適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。</p> <p>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。</p> <p>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</p>		<p>2.本條第2項，因現行規定對現制運作未生影響，且台灣醫院協會未提供本項刪除「其他交付機構適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。」之理由，爰除贊同刪除「保險醫事」外，其餘維持現行規定。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>成，逾期補件依其補件送達日起六十日內辦理核付。</p> <p>※說明</p> <p>1.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p> <p>2.刪除第2項後段文字。</p>	<p>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。</p>		
<p>第十條之一 實施總額預算部門之服務機構，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，點值應於結算後一個月內完成確認。</p> <p>結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於下次應撥付服務機構之醫療服務費用中抵扣，醫療服務費用不足抵扣者，保險人應予追償，惟服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。</p>	<p>第十條之一 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，點值應於結算後一個月內完成確認。</p> <p>結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於下次應撥付保險醫事服務機構之醫療服務費用中抵扣，醫療服務費用不足抵扣者，保險人應予追償，惟保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。</p>		<p>贊同台灣醫院協會修正建議。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>			
<p>第十條之二 實施總額預算部門之服務機構，有自行停止或終止特約者，保險人得自該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。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>第十條之二 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。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。
	<p>第十條之三 本辦法第七條及第十條所稱預估點值，依下列原則辦理：</p> <p>一、點數：依受理當月送核及補報之申請點數計算，加計預估核減率。</p> <p>二、跨區就醫比例：一至六月以前一年上半年跨區就醫比例估算，七至十二月以前一年下半年跨區就</p>		

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
	醫比例估算。		
<p>第十一條 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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。
<p>第十二條 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：</p>	<p>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：</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>一、停止特約、終止特約或暫停辦理醫療服務者。</p> <p>二、虛報、浮報醫療服務點數及藥物費用，經法院判決者。</p> <p>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者。</p> <p>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者。</p> <p>※說明</p> <p>1.回歸母法文字：醫療服務點數及藥物費用</p> <p>2.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p> <p>3.刪除第2款、第3款及第4款部份文字。</p>	<p>一、停止特約、終止特約或暫停辦理醫療服務者。</p> <p>二、虛報、浮報醫療服務點數，經檢察官起訴或法院判決者。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
第十三條 服務機構因涉有虛報、浮報醫療服務點數，經保	第十三條 保險醫事服務機構 因涉有虛報、浮報醫療服務點		因現行規定對現制運作未生影響，且台灣醫院協會未提供增訂「唯經法定

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
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。 <u>唯經法定程序確認無虛報、浮報之情事，保險人應加計利息後核付服務機構。</u>	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。		程序確認無虛報、浮報之情事，保險人應加計利息後核付服務機構。」之理由，爰除贊同刪除「保險醫事」外，其餘維持現行規定。
	第三章程序審查及專業審查		
第十四條 保險人審查服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查： 一、保險對象之資格。 二、保險給付範圍之核對。 三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。 四、申報資料填載之完整性及正確性。 五、檢附資料之齊全性。 六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審。 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。 服務機構申報之醫療服	第十四條 保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查： 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	本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下： 第十四條 保險人審查服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查： 一、保險對象之資格。 二、保險給付範圍之核對。 三、 <u>醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。</u> 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	維持中央健保局 100.5.25 討論會議結論。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>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，並詳細註明不予支付內容、理由及<u>審查人員姓名</u>。但服務機構得備齊相關文件向保險人申復。</p> <p>※說明</p> <p>1.回歸母法文字：醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準</p> <p>2.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p> <p>3.新增第2項部份文字。</p>	<p>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復。</p>	<p>查事項。</p> <p>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<u>詳細</u>註明不予支付內容及理由。但服務機構得備齊相關文件向保險人申復。</p>	
<p>第十五條 服務機構不以住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）申報之案件，<u>除應依第十四條辦理外</u>，經審查有下列情形之一者，應載明<u>詳細理由</u>且不予支付不當部分之服務：</p> <p>一、治療與病情診斷不符。</p> <p>二、非必要之連續就診。</p> <p>三、治療內容與申報項目或其規定不符。</p> <p>四、病歷記載不完整無法支持</p>	<p>第十五條 保險醫事服務機構不以住院診斷關聯群(以下稱診斷關聯群)申報之案件，經審查有下列情形之一者，應載明其理由不予支付不當部分之服務：</p> <p>一、治療與病情診斷不符。</p> <p>二、非必要之連續就診。</p> <p>三、治療材料之使用與病情不符。</p> <p>四、治療內容與申報項目或其</p>		<p>贊同台灣醫院協會修正建議。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>其診斷與治療內容。</p> <p>五、病歷記載內容經二位審查醫師認定字跡難以辨識。</p> <p>六、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。</p> <p><u>七、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。</u></p> <p><u>八、以論病例計酬案件申報，不符合其適應症。</u></p> <p><u>九、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。</u></p> <p><u>十、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。</u></p> <p><u>十一、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。服務機構得備齊相關文件向保險人申復。</u></p> <p>※說明</p> <p>1.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p> <p>2.刪除第3款、第5款、第6款、第9款、第10款、第11款及</p>	<p>規定不符。</p> <p>五、非必要之檢查或檢驗。</p> <p>六、非必要之住院或住院日數不適當。</p> <p>七、病歷記載不完整無法支持其診斷與治療內容。</p> <p>八、病歷記載內容經二位審查醫師認定字跡難以辨識。</p> <p>九、用藥種類與病情不符或有重複。</p> <p>十、用藥份量與病情不符。</p> <p>十一、未依臨床常規逕用非第一線藥物。</p> <p>十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。</p> <p>十三、以論病例計酬案件申報，不符合其適應症。</p> <p>十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。</p> <p>十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。</p> <p>十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。</p>		

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>第 17 款。</p> <p>3.新增第 2 項。</p>	<p>十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。</p>		
<p>第十五條之一 服務機構以診斷關聯群申報之案件，除應依<u>第十四條辦理外</u>，經專業審查有下列情形之一者，應載明<u>詳細理由</u>，不予支付：</p> <p>一、非必要住院。</p> <p>二、非必要之主手術或處置。</p> <p>三、病情不穩定，令其出院。</p> <p>四、<u>病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼</u></p> <p>服務機構得備齊相關文件向保險人申復。</p> <p>※說明</p> <p>1.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第 2 條統一簡稱為「服務機構」。</p> <p>2.刪除第 1 項第 3 款。</p> <p>3.將第 3 項、第 4 項及第 5 項獨立成一條文。</p>	<p>第十五條之一 保險醫事服務機構以診斷關聯群申報之案件，經專業審查有下列情形之一者，應載明理由，不予支付：</p> <p>一、非必要住院。</p> <p>二、非必要之主手術或處置。</p> <p>三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。</p> <p>四、病情不穩定，令其出院。</p> <p>保險醫事服務機構以診斷關聯群申報之案件，經專業審查發現病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼者，該案件不予支付。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。</p> <p>保險醫事服務機構以診斷關聯群申報之案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：</p> <p>一、申報之主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。</p>		<p>贊同台灣醫院協會修正建議。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
	<p>二、次診斷碼、處置碼經審查不適當。</p> <p>前項申報案件，保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。</p> <p>經審查不適用診斷關聯群申報之案件，或雖適用診斷關聯群之案件，但其醫療服務點數高於上限臨界點或低於下限臨界點者，依第十五條規定辦理專業審查。</p>		
<p>第十五條之二 服務機構以診斷關聯群申報之案件，除應依第十四條辦理外，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：</p> <p>一、申報之主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。</p> <p>二、次診斷碼、處置碼經審查不適當。</p> <p>服務機構得備齊相關文件向保險人申復。經審查不適用診斷關聯群申報之案件，應請服務機構另擇適當方式申報。</p>	<p>新增</p>		<p>贊同台灣醫院協會修正建議。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>第十六條 服務機構申報之醫療服務案件，保險人得採抽樣方式進行審查。</p> <p>抽樣以隨機抽樣為原則，其抽樣及回推方式詳如附表二，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。</p> <p>保險人得就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。</p> <p>保險人、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。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>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審查。</p> <p>抽樣以隨機抽樣為原則，其抽樣及回推方式詳如附表二，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。
	第十七條 (刪除)		
<p>第十八條 專業審查由審查委員及審查醫師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</p>	<p>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</p>		<p>因現行規定對現制運作未生影響，且台灣醫院協會未提供刪除部分文字之理由，爰除贊同刪除「適當性」外，其餘維持現行規定。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>服務行為進行之。</p> <p>前項專業審查，審查醫師審查醫療服務案件，如有醫療品質等疑義，得會同相關專長之其他醫事人員審查，或提審查會議審查。</p> <p>※說明：</p> <p>1. 母法已無審查委員會之規定，現行審查委員與審查醫師之關係為何？</p> <p>2. 回歸母法文字：將「適當性」一詞刪除。</p>	<p>緩急、醫療能力及服務行為進行之。</p> <p>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。</p>		
<p>第十九條 審查委員及審查醫師對審查其本人或配偶所服務之服務機構及其三親等內血親、姻親所設立之服務機構醫療服務案件時，應予迴避。</p> <p>※說明：文字酌修</p>	<p>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。</p>	<p>本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下：</p> <p>第十九條 審查委員及審查醫師、藥師、<u>疾病分類編碼人員</u>等對審查其本人或配偶所服務之服務機構及其三親等內血親、姻親所設立之服務機構醫療服務案件時，應予迴避。</p>	<p>維持中央健保局 100.5.25 討論會議結論。</p>
	第四章事前審查		
<p>第二十條 保險人應依本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準</p>	<p>第二十條 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。</p>	<p>本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下：</p>	<p>維持中央健保局 100.5.25 討論會議結論。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>辦理事前審查。</p> <p><u>應事前審查之項目，保險人應自服務機構提出申請後七日內(不含例假日)核定，未核定者視同同意。</u></p> <p><u>除情況緊急外，服務機構未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。</u></p>	<p>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。</p> <p>保險醫事服務機構應依前二項規定申報事前審查。</p>	<p>事前審查之相關規定，依健保法第四十二條規定，回歸至本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，爰本條刪除。</p>	
	<p>第二十一條 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：</p> <p>一、事前審查申報書。</p> <p>二、足供審查判斷之病歷及相關資料。</p> <p>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。</p> <p>前項第一款事前審查申報書如附表三。</p>	<p>本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下：</p> <p>事前審查之相關規定，依健保法第四十二條規定，回歸至本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，爰本條刪除。</p>	
	<p>第二十二條 保險人應於收到保險醫事服務機構送事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定，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。</p>	<p>本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下：</p> <p>事前審查之相關規定，依健保法第四十二條規定，回歸至本保險醫療服務給付項目及支付標準</p>	

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
		準、藥物給付項目及支付標準，爰本條刪除。	
	第二十三條 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。	本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下： 事前審查之相關規定，依健保法第四十二條規定，回歸至本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，爰本條刪除。	
刪除	第二十四條 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。	本條文依 100 年 5 月 25 日本局邀醫界代表召開之審查辦法討論會議結論如下： 事前審查之相關規定，依健保法第四十二條規定，回歸至本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，爰本條刪除。	
	第五章 實地審查		
第二十五條 保險人為增進審查效能，輔導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服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中	第二十五條 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		贊同台灣醫院協會修正建議。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>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。</p> <p>第一項之實地審查，保險人應邀請相關醫事團體代表陪同。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>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。</p> <p>第一項之實地審查，保險人得邀請相關醫事團體代表陪同。</p>		
<p>第二十六條 保險人依前條規定赴特定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。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>第二十六條 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。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。
<p>第二十七條 保險人於實地審查結束後，應將審查結果製成審查紀錄，並通知服務機構。</p> <p>※說明</p>	<p>第二十七條 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。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第 2 條統一簡稱為「服務機構」。			
<p>第二十八條 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、移送稽核或依本辦法第三十條不予支付指標及處理方式，不予支付其申報費用。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第 2 條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>第二十八條 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、移送稽核或依本辦法第三十條不予支付指標及處理方式，不予支付其申報費用。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。
第六章 檔案分析	第六章 檔案分析		
第二十九條 服務機構醫療服務點數及藥物費用申報資料，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	第二十九條 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		贊同台灣醫院協會修正建議。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>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。</p> <p>※說明</p> <p>1.回歸母法文字：醫療服務點數及藥物費用</p> <p>2.文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>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。</p>		
<p>第三十條 服務機構醫療服務點數及藥物費用申報資料，經保險人檔案分析審查，符合不予支付指標者，其申報費用，保險人應依該指標處理方式不予支付。</p> <p>前項不予支付指標及處理方式，由保險人與服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公告。</p> <p>※說明</p> <p>1.回歸母法文字：醫療服務點數及藥物費用</p> <p>2.文字酌修：「保險醫事服務機</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>		<p>贊同台灣醫院協會修正建議。</p>

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
構」依本辦法第 2 條統一簡稱為「服務機構」。			
第七章 附則	第七章 附則		
<p>第三十一條 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。</p> <p>前項核定日期之計算，需要服務機構提供個案病歷或診療相關證明文件者，以服務機構將相關資料送達保險人之日起算。</p> <p>第一項之申復案件不得交由原審查醫師複審，必要時得會同原審查醫師說明。</p> <p>第一項之申復案件，保險人不得再就同一案件追扣其費用。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第 2 條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>第三十一條 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>第一項之申復案件，保險人不得再就同一案件追扣其費用。</p>		贊同台灣醫院協會修正建議。
第三十二條 實施總額預算部	第三十二條 實施總額預算部		贊同台灣醫院協會修正建議。

台灣醫院協會建議條文	現行條文	相關單位意見	中華民國醫師公會全國聯合會意見
<p>門，其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。</p> <p>前項再議案件，保險人得委由該總額受委託團體辦理之。</p> <p>第一項之再議條件由保險人與服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公告。</p> <p>※說明 文字酌修：「保險醫事服務機構」依本辦法第2條統一簡稱為「服務機構」。</p>	<p>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。</p> <p>前項再議案件，保險人得委由該總額受委託團體辦理之。</p> <p>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。</p>		
	第三十三條 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。		
	第三十四條 本辦法自發布日施行。		