

檔 號：0732  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

107. 6. 19

機關地址：(中區業務組)台中市西屯區市政北一路66號  
傳真：(04)22531242  
承辦人及電話：曾麗珍(04)22583988轉6828  
電子信箱：d110076@nhi.gov.tw

420

臺中市豐原區成功路620號4樓

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國107年6月13日  
發文字號：健保中字第1074095227號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨

擬辦意見：	
理事長核示	
日期：	辦理情形：

主旨：檢送107年6月8日「中區西醫基層總額共管會107年第2次會議紀錄」乙份，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會中區分會、社團法人臺中市醫師公會、臺中市大臺中醫師公會、彰化縣醫師公會、南投縣醫師公會、台中市診所協會、臺中市台中都診所協會、臺中市大臺中診所協會、彰化縣診所協會、南投縣西醫診所協會  
副本：本署中區業務組醫療費用二科(含附件)

衛生福利部中央健康保險署  
中區業務組校對章

# 署長李伯璋

# 中區西醫基層總額共管會 107 年第 2 次會議紀錄

時間：107 年 06 月 08 日 13 時 00 分

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：陳文侯、陳萬得、羅倫樾、蔡景星、林煥洲

王博正、林義龍、陳正和、葉元宏

臺中市大臺中醫師公會：蔡其洪、藍毅生、陳成福、陳儀崇

詹國泰、魏重耀、林釗尚、劉兆平

彰化縣醫師公會：巫喜得、吳祥富、連哲震、廖慶龍、蔡梓鑫

孫楨文、林峯文

南投縣醫師公會：謝明哲、許鵬飛

中區業務組：

陳墩仁、林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、

陳之菁、陳映瑄、張志煌、徐向慧

列席：蔡文仁、林軼群、尹德鈞、林恆立、黃錫鑫、林宜民、涂俊仰、

謝明穎、涂俊銜、陳建達、陳宏麟、葉文娜、傅姿溶、張靜文、

劉碧優、陳詩旻、黃郁喬

請假：陳國光、高大成、丁鴻志、陳振昆、陳聰波、陳宗獻、陳永樺、

張志傑、陳信利

主席：方組長志琳

紀錄：曾麗珍

洪主任委員一敬

## 壹、主席致詞

## 貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
一、有關推動轉診平台使用，目前僅對慢性病就醫人數成長量訂有抽審獎勵指標，對基層之間平轉也能列入鼓勵項目。	中區業務組	本案擬增修抽審獎勵指標，詳本次提案討論。
二、為鼓勵院所全面參與即時查詢病患就醫資訊方案意願，將建請健保署研擬如院所參加本方案月租費即全額補助。	中區業務組	建議事項已於 107 年 3 月 29 日轉請本署卓參在案。
三、有關 VPN 單筆登錄檢驗(查)上傳作業，院所需登錄欄位複雜，建請健保署簡化登錄欄位及登錄方式，以利院所友善操作及登錄效率。	中區業務組	建議事項已於 107 年 3 月 29 日轉請本署卓參在案。
四、輔導職災案件正確申報作業： 1. 本組提供輔導院所名單，請中區分會及醫師公會協助輔導，另本組提供職災案件申報相關規定簡報，請醫師公會協助宣導，必要時辦理相關說明會。	中區業務組 中區分會	1. 本組 107 年 3 月 29 日已提供輔導院所名單及職災案件申報相關規定資料。

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
<p>2. 有關勞保局對公司行號職業傷害比率較高之機構會加強勞動條件抽查，所以公司會告訴員工不要去勞保職災申報較多診所，導致診所申報勞保意願降低，為鼓勵診所正確申報職災案件，建請健保署協助與勞動部協調。</p>	<p>中區業務組</p>	<p>2. 建議事項經本署函復請中區分會提供具體公司名單，以利本署請勞保局協處。</p>

### 參、報告事項：

#### 一、公告修正「全民健康保險醫療辦法」

(一) 本署為保障民眾就醫、提升用藥安全與落實分級醫療，經徵詢各界意見後，由衛生福利部於107年4月27日公告修正「全民健康保險醫療辦法」，自發布日施行；本次共計修正二十四條，刪除一條，其中第7條、第10條、第14條第1項、第3項及第23條規定自107年6月1日施行(詳附件一，P12-23)。

(二) 摘要修正重點如下：

1. 方便未滿十四歲兒少就醫，身分證明增列得以切結方式，刪除戶籍謄本之適用。(修正條文第3條)
2. 考量實務上，因精神障礙或其他心智缺陷受監護或輔助宣告者以及失智症病人，由他人代為陳述病情領取相同方劑之需求，將之增列為得委請他人向醫師陳述病情之特殊情況之一。(修正條文第7條)
3. 保險對象住院須繳交健保卡並由醫院留置，為減少醫院保管健保卡之行政作業及爭議，修正為醫院查驗健保卡後歸還，以方便少數特殊狀況病人仍有外出門診之需要。(修正條文第10條)
4. 增列未攜帶健保卡就醫，限制開立慢性病連續處方箋以開立一般藥品處方箋為限，並明定保險對象領藥後，藥品若遺失或毀損，其再就醫之醫療費用，應自行負擔。(修正條文第14條)

5. 放寬接受本保險居家照護服務，醫師開立第一級或第二級管制藥品處方箋時，因故無法至原處方醫院、診所調劑，可至非原處方院所或衛生所調劑。另為確保用藥安全，醫師當次交付之不同類處方箋規定保險對象應併持於同一調劑處所調劑。(修正條文第15條)
6. 為推動分級醫療、落實轉診就醫模式，明定保險對象就醫時，應遵從醫囑接受轉診服務。(修正條文第18條)
7. 配合臨床作業腹膜透析用藥療程，放寬透析液一次最多給予三十一日以下之用藥量。(修正條文第22條)
8. 明定保險對象持本保險各類處方，應於各類處方期間內向保險醫事服務機構預約排程或接受醫療服務；如慢性病連續處方箋：末次調劑之用藥末日。(修正條文第23條)

## 二、全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案推動情形

- (一) 截至 107 年 5 月中區西醫基層已有 1085 家診所加入，較 106 年度增加 195 家，參與家數比率為 48.6%，仍為中區所有總額別裡參與率最低，且與其他於業務組比較亦偏低。各縣市目前參與家數比率(如下表)，僅南投地區參與家數比率已達 60%以上，以台中市地區參與家數比率為最低。
- (二) 中華電信日前已與西醫基層主要醫療資訊商合作(展望、耀聖、常誠、方鼎、醫聖等)，將協助參與即時方案的基層診所進行 HIS (醫療資訊系統) 的版本升級作業，滿足各項醫療檢查影像調閱、轉診平台系統 API 介接與檢驗檢查上傳等資訊服務。請各醫師公會協助呼籲會員盡速加入即時方案，以提升醫療服務的品質與效率。

表 1-107 年度各縣市應提升目標家數及達成情形(截至 107 年 5 月)

縣市	台中市	大台中	彰化	南投	總計
總目標家數(60%)	476	415	302	145	1339
總參與家數	341	306	292	146	1085
參與家數比率	42.9%	44.2%	57.9%	60.3%	48.6%
尚餘家數	135	109	10	達標	199

表 2-中區各總額別參與比率

總額別	家數比率
醫院	100.0%
西基	48.6%
牙醫	61.6%
中醫	67.3%

表 3-各區西基診所參與比率

分區	家數比率
台北	47.4%
北區	60.1%
中區	48.6%
南區	55.5%
高屏	54.7%
東區	72.7%

### 三、推動落實分級醫療鼓勵院所使用電子轉診平台

- (一) 電子轉診平台於 107 年 5 月 15 日起新增「轉回或轉至適當院所」功能，即可透過平台將轉診個案轉回原轉出院所或轉至其他院所，請院所多加利用。
- (二) 本署持續鼓勵資訊廠商開發醫療資訊系統(HIS)與電子轉診平台介接服務，經洽 PMO 資訊廠商，預計今年(107 年)6 月底可完成有參與即時查詢方案院所之介接安裝，屆時使用電子轉診平台將可自動帶入所需欄位(如基本資料、診斷及病摘等)僅點選轉診目的操作簡易快速，另參與即時查詢方案院所使用電子轉診平台，自 106 年 3 月起轉出及轉入即提供每筆獎勵金各 5 元。
- (三) 目前各分區西醫基層電子轉診平台使用情形如下表(106 年 3 月至 107 年 4 月)，中區使用件數及家數比率全署最低，請各醫師公會積極鼓勵院所多加利用。

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
使用件數比率(%)	20.4	35.5	18.3	38.8	35.5	44
使用家數比率(%)	43.8	52.9	41.6	53.4	50.2	59.2

- (四) 統計各縣市申報轉診件數超過 100 件(106 年 3 月至 107 年 3 月)未使用電子轉診平台之院所家數，台中市共 73 家、大台中 53 家、彰化縣 41 家、南投縣 9 家，提供名單請各醫師公會協助輔導院所使用。

(五) 為配合分級醫療「強化醫院與診所間醫療合作服務，提供連續性照護」及鼓勵院所使用電子轉診平台，本署經 107 年 5 月 10 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」臨時會會議決議：支付標準新增「辦理轉診費」等 5 項診療項目(如下)，尚依程序陳報衛生福利部核定公布後實施。

1. 01034B「辦理轉診費回轉及下轉-使用健保署電子轉診平台」(支付點數 500 點)
2. 01035B「辦理轉診費回轉及下轉-未用健保署電子轉診平台」(支付點數 400 點)
3. 01036C「辦理轉診費上轉-使用健保署電子轉診平台」(支付點數 250 點)
4. 01037C「辦理轉診費上轉-未使用健保署電子轉診平台」(支付點數 200 點)
5. 01038C 接受轉診之門診診察費加算(支付點數 200 點，平轉不列入)

四、自 107 年 5 月起健保醫療資訊雲端查詢系統於「雲端藥歷」頁籤增加「藥品療效通報」管道，請各醫師公會轉知會員

(一) 本署與食品藥物管理署聯手建立用藥品質防護機制，透過健保醫療資訊雲端查詢系統新增「藥品療效不等」通報欄位，醫師或藥師可針對病人反映藥品有療效不等之情形(如藥效增強或降低)及後續處置(如換回原藥或改用他藥等)進行點選通報，本署在接獲通報資料後，將定期彙整並傳送予食藥署做後續藥品療效的評估與追蹤，以確保病人用藥的品質。

(二) 食藥署在接獲本署提供的藥品療效不等的通報案件後，會依循既有的作業程序，評估是否符合療效不等定義，若符合原則，且經臨床專家評估具療效疑慮後，就會啟動藥品品質調查，針對常被通報之成分藥品，也會列為市場監測之品項。

(三) 詳細健保醫療資訊雲端查詢系統「藥品療效不等」通報方式請參考附件二(P24-25)。

五、修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」回推倍數上限值及隨機抽樣案件數，並自 107 年 4 月 1 日(費用年月)起生效。

(一) 依本署 107 年 3 月 15 日健保審字第 1070035055 號公告函。

(二) 修正重點如下：

1. 隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬定，並依全民健康保險法第 61 條第 4 項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。
2. 西醫基層總額部門採設定回推倍數上限值，門診 20 倍、住診 5.8 倍。
3. 隨機抽樣案件數計算方式：抽審案件核減點數之極端值案件數，門住診皆以全部抽審數之 14% 計算(四捨五入)。

(三) 106 年第 4 季隨機回推核減點數，如改以回推上限值 20 倍推估(未考量極端值及費用成長因素)，總核減點數將減少 10,304,258 點，核減率將從 0.74% 下降至 0.54%(降幅達 26%)，平均點值將隨之下降約 0.002；如將極端值 14% 列入考量，推估降幅將達 30%~50% 以上，核減率將下降至 0.51%~0.37%，預估點值至少下降 0.003。

(四) 檢附全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法部分條文修正條文對照表(詳附件三，P26-31)

六、配合 107 年藥品支付價格調整，將同步調整一般抽審指標「合計點數」基期費用之藥價差額。

(一) 107 年度藥品支付價格年度例行調整於 107 年 5 月生效，本次計有 7,461 項藥品調降支付價格。

(二) 以 107 年第 1 季費用申報資料推估，中區整體藥費將減少 84,260,853 點(占總醫療費用 1.38%)。藥價調整後，個別院所之合計點數及每人合計點數成長率指標與原基期的比較基準不同，將無法客觀評估個別院所費用成長情形，故 107 年 5 月起針對總藥價差額占率達總醫療費用 1.5%(中區西基平均值)以上院所，前年度基期值之費用，將同步調整藥價差之 7 成費用後再予計算費用成長情形。



**範例**以 107Q1 試算藥價總減少點數為 20 萬，總醫療點數 200 萬，指標調降比例為： $20 \times 0.7 / 200 = 7\%$

決定：有院所反映進藥價格高於健保價情形，如有進不到藥或進價高於健保價等問題，請逕洽本署窗口陳先生電話 0227065866 轉 1556 協助處理。

#### 七、全民健保 23 週年健走活動

本署中區業務組訂於 107 年 6 月 9 日星期六上午 7:30~10:30 假臺中市都會公園舉辦全民健保「走過 23 聚真情，珍愛健保萬步行」健走活動，已發函邀請各醫師公會為協辦單位。本活動結合健走與健康園遊會型態，並在活動中進行摸彩活動，邀請各公會共襄盛舉。

#### 八、107 年第 1 季中區西醫基層預估點值報告

依本署預估 107 年第 1 季各區點值(如下)，中區西醫基層預估平均點值為 0.9221 排名第五，雖未達目標值 0.925，符合排名目標第五以上。

分區別	浮動點值預估	平均點值預估	排名
台北	0.8781	0.9106	6
北區	0.9173	0.9409	3
中區	0.8914	0.9221	5
南區	0.9234	0.9463	2
高屏	0.9062	0.9339	4
東區	1.0267	1.0179	1
全署	0.9010	0.9291	

#### 九、「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」106 年第 4 季起重複個案辦理方式

- (一) 106 年第 4 季中區西醫基層共 153 家診所追扣 21,826 點，其中小於 500 點有 145 家診所，為環保減碳本專案追扣函文，核減點數  $\leq 500$  點者以 VPN 通知； $>500$  點 8 家以書面函文通知。
- (二) 核扣相關報表「特定藥品用藥重複統計表\_跨(同)醫事機構 (REA0187\_4.REA.TXT)」及「院所特定藥品用藥重複核扣醫令檔\_跨(同)醫事機構 (REA0187\_5.REA.CSV、

REA0187\_2.REA.TXT、REA0187.REA.TXT)」建置於健保資訊網服務系統 VPN/保險對象管理/用藥重複案件檔案下載，可自行參考。

- (三) 診所對本署之核定如有異議，請於通知到達起 60 日內，以「衛生福利部中央健康保險署醫療給付門診診療費用申復清單」向本署申請複審，併至健保資訊網服務系統 VPN 填寫申復理由後上傳，路徑「VPN/保險對象管理/用藥重複申復案件線上維護」。

#### 十、西醫基層總額醫療費用申報概況報告（詳會議上報告）

##### 中區分會報告事項：

- 一、南投縣醫師公會理監事改選竣事，調整委員職位：新任理事長洪一敬醫師擔任主任委員，卸任理事長許鵬飛醫師增聘為委員(不佔名額，任期與本屆委員同)。
- 二、臺中市大臺中醫師公會變更功能性委員為蔡振生及王維弘醫師。

##### 肆、提案討論：

###### 提案一

提案單位：中區業務組

案由：因應分級醫療推動，自費用年月 107 年 7 月起修改一般抽審指標(合計點數與成長率、每人診療費、非慢性病每日藥費)擬排除承接醫院下轉個案費用，並取消「慢性病就醫人數成長量」正向抽審指標，提請討論。

##### 說明：

- (一) 依本署分級醫療推動策略，係導引醫院減少輕症服務，並強化醫院與診所間的醫療合作，故基層間的平轉不予納入抽審正向指標。考量診所配合分級醫療實施，承接醫院下轉病人，會造成費用成長，故擬自費用年月 107 年 7 月起一般抽審指標(專案抽審除外)將排除承接醫院下轉案件之費用，每一下轉個案在承接之診所可排除計算期間為 6 個月，排除條件如下：

申報格式「d16-轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記」申

報為 1-保險對象本次就醫係由他院轉診而來，且「d17-轉診、轉代檢處方調劑之醫事機構代號」申報為醫院層級院所代號之案件。

- (二) 上述排除條件之訂定，係為更精確將醫院下轉個案費用排除計算，另為避免同一事由重複優免，「慢性病就醫人數成長量」指標將於 107 年 7 月起停止適用，請各院所申報時務必正確填報轉診相關欄位，以利排除計算。

決議：「慢性病就醫人數成長量」抽審指標予以保留，惟權重分數各項調降一半(由+3~+1 修訂為+1.5~+0.5)，其餘照案通過。

提案二

提案單位：中區分會

案由：為提供精準審查效率，減輕審查醫師負擔，減少審查費用支出，並符合分科管理精神與比例原則，擬修改抽審原則。

說明：

- (一) 建議修改每月抽審申報家數 20~25%為申報家數的 5~25%。
- (二) 超出目標點數科別抽審 20~25%家數建議修改為 10~25%，未超出目標點數科別維持抽審 5%家數。
- (三) 超出目標點數科別抽審建議修改如下：
1. 超支比率 0.1%~5% 抽審 10%家數。
  2. 超支比率 5.1%~10% 抽審 15%家數。
  3. 超支比率 10.1%~15% 抽審 20%家數。
  4. 超支比率 15.1% 以上抽審 25%家數。

中區業務組說明：

- (一) 同意超支科別抽審家數比率以各科超出程度訂定，惟以中區分會所提超支科別之抽審家數比率，試算 107 年 4 月應抽審家數將為 7.2%(159 家)，與當月實際抽審家數 12.2%相較(269 家)，家數比率將下降 41%(減少 110 家)，核減點數將會隨之下降約 538 萬點。
- (二) 預估抽審家數下降及 107 年 4 月起隨機抽審案件回推制度修正後的影響，核減率將會由原 0.74%大幅下降為 0.26%，

影響甚大，建議再微幅調整超支比率級距如下(抽審家數比率約 8.0%)：

超支比率	抽審家數比率
>0%~3%	10%
>3%~6%	15%
>6%~9%	20%
>9%	25%

決議：抽審原則依中區業務組說明修訂，自費用年月 107 年 6 月起實施。

提案三

提案單位：中區分會

案由：建請廢除或修訂用藥品項超過 5 項的抽審指標案。

說明：

- (一) 上開之限制用藥品項有其時空背景也行之有年，但抽審無法改變執業習慣更與品質無關。
- (二) 更何況有時處方時忘記標記排除品項如 PRN、STAT…等，則比值很易超標而被抽審。
- (三) 據查中區抽審診所家數約 0.4%。
- (四) 基於上述理由說明建請廢除或修訂如案由

中區業務組說明：

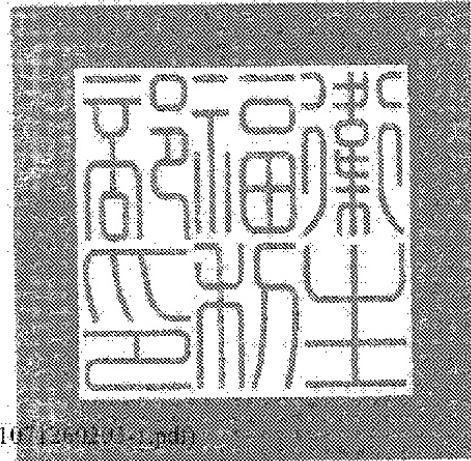
中區西醫基層 107 年 3 月費用抽審率為 0.5%(12 家診所抽審/2155 家診所申報費用)，擬同意刪除本抽審指標。

決議：刪除本抽審指標。

伍、散會：14：30

權 限：  
張若舟係：

# 衛生福利部 令



發文日期：中華民國107年4月27日  
發文字號：衛部保字第1071260203號  
附件：「全民健康保險醫療辦法」修正條文1份(1071260203.pdf)

修正「全民健康保險醫療辦法」。

附修正「全民健康保險醫療辦法」

## 部長陳時中

## 全民健康保險醫療辦法修正條文

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十條第二項規定訂定之。

第二條 全民健康保險（以下稱本保險）保險對象之就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項，依本辦法之規定。

第三條 保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件：

一、全民健康保險憑證（以下稱健保卡）。

二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但健保卡已足以辨識身分時，得免繳驗。

前項第二款文件，於未滿十四歲之保險對象，得以戶口名簿影本、其他足以證明身分之相關文件或切結文件代之。

保險對象至第一項以外之保險醫事服務機構接受醫療服務，除應繳驗第一項之文件外，並應繳交特約醫院、診所交付之門診處方。

保險對象有接受居家照護服務必要時，應由保險醫事服務機構診治醫師先行評估，開立居家照護醫囑單，並由各該保險醫事服務機構逕向設有居家護理服務部門之保險醫事服務機構提出申請。

第四條 保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，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，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。

保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。

第五條 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期限內，補送應繳驗之證明文件時，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，依本法第五

十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。

第 六 條 特約醫院、診所應將門診處方交由保險對象，自行選擇於該次就醫之特約醫院、診所或其他符合法令規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。

特約醫院、診所因限於人員、設施、設備或專長能力，對於需轉由其他保險醫事服務機構提供調劑、檢驗、檢查、處置等服務之保險對象，應開立門診處方，交由保險對象前往其他符合法令規定之保險醫事服務機構，接受醫療服務，或依全民健康保險轉診實施辦法之規定，接受轉診醫療服務。

前項檢驗、檢查之提供，得改開給保險對象轉檢單，提供轉檢服務；或開立代檢單，以採取檢體之委託代檢方式辦理。

第 七 條 保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項及第二項應繳驗之文件；其有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期用藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，始能開給相同方劑：

- 一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件。
- 二、已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，經受託人提供切結文件。
- 三、受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本。
- 四、經醫師認定之失智症病人。
- 五、其他經保險人認定之特殊情形。

第 八 條 保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗健保卡時，應於健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還。

前項診療服務屬同一療程者，應僅登錄可累計就醫序號之就醫類別一次，如為同一醫師併行其他診治，亦不得再重

複登錄。

前項同一療程，指下列診療項目，於一定期間施行之連續治療療程：

- 一、簡單傷口；二日內之換藥。
- 二、自首次治療日起三十日內治療為療程者：血液透析、腹膜透析、精神疾病社區復健治療、精神科心理治療、精神科活動治療、精神科職能治療、癌症放射線治療、高壓氧治療、減敏治療、居家照護及其他經保險人指定之診療項目。
- 三、自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程者：西醫復健治療、皮症照光治療、非化學治療藥物同一針劑之注射、同牙位治療性牙結石清除、同牙位牙體復形(補牙)、同牙位拔牙治療、術後拆線、尿失禁電刺激治療、骨盆肌肉生理回饋訓練、肺復原治療、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之診療項目。
- 四、自首次治療日起至次月底前，六次以內治療為療程者：九歲以下兒童之西醫復健治療。
- 五、自首次治療日起六十日內治療為療程者：牙醫同部位之根管治療。

同一療程最後治療日為例假日者，順延之。

第九條 保險醫事服務機構於保險對象有下列情形之一者，應於其健保卡登錄就醫紀錄，但不得登錄為可累計就醫序號之就醫類別：

- 一、出院。
- 二、接受同一療程內第二次以後之診療。
- 三、接受排程檢查、檢驗、治療、手術或轉檢服務。
- 四、接受第三條第四項之醫療服務。

前項第三款醫療服務之過程中，因病情需要須併行相關處置者，得視同另次診療，登錄可累計就醫序號之就醫類別



一次。

第十條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應查驗其健保卡後歸還保險對象。

保險對象住院期間，如因不同診療科別疾病，經診治之醫師研判確須立即接受診療，而該醫院並無設置適當診療科別以提供服務時，得依第十三條規定請假外出門診；透析病人住院期間，經診治之醫師認定確須立即接受透析，而該醫院無法提供透析之服務時，亦同。

保險對象住院期間，入住之特約醫院或婦產科診所不得以同院、所門診方式提供醫療服務。但入住之特約醫院或婦產科診所因限於人員、設備或專長能力，無法提供完整之檢驗(查)時，得以轉(代)檢方式，委託其他保險醫事服務機構提供檢驗(查)服務。

第十一條 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。

第十二條 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，應由保險對象自行負擔。

第十三條 保險對象住院後，不得擅自離院。因特殊事故有離院必要者，經徵得診治醫師同意，並於病歷上載明原因及離院時間後，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。

第十四條 保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療，且無下列情形之一者，醫師得開給慢性病連續處方箋，並得併列印可供辨識之二維條碼：

- 一、處方藥品為管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品。
- 二、未攜帶健保卡就醫。

同一慢性病，以開立一張慢性病連續處方箋為限；其慢性病範圍，如附表。

保險對象領藥後，應善盡保管責任，遵從醫囑用藥；因藥品遺失或毀損，再就醫之醫療費用，由保險對象自行負擔。

第十五條 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、診所或至特約藥局調劑。但保險對象因故無法至原處方醫院、診所調劑，且有下列情形之一者，得至其他特約醫院或衛生所調劑：

- 一、持慢性病連續處方箋，且所在地無特約藥局。
- 二、接受本保險居家照護服務，經醫師開立第一級或第二級管制藥品處方箋。

前項處方箋，以交付一般藥品處方箋、慢性病連續處方箋或管制藥品專用處方箋併用時，保險對象應同時併持於同一調劑處所調劑。

第十六條 保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第四十七條應自行負擔之住院費用，第五十一條或第五十三條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。

第十七條 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，並依法規規定開給收據；有交付藥劑時，應依法規規定為藥品之容器或包裝標示，其無法標示者，應開給藥品明細表。

第十八條 保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：

- 一、遵守本保險一切規定。
- 二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。
- 三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥、處置、住院或轉診。
- 四、遵從醫囑接受轉診服務。
- 五、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。

六、依規定繳交應自行負擔之費用。

第十九條 保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用捐血機構供應之血液及其製劑。

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，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。

第二十條 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，因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。

第二十一條 本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不予計入。

第二十二條 本保險處方用藥之用量規定如下：

- 一、處方用藥，每次以不超過七日份量為原則。
- 二、符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。
- 三、慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。

第二十三條 保險醫事服務機構交付處方後，保險對象應於下列期間內向保險醫事服務機構預約排程或接受醫療服務，逾期後，保險醫事服務機構不得受理排程或提供醫療服務：

- 一、排程檢驗、檢查處方：自開立之日起算一百八十日。

- 二、排程復健治療處方：自開立之日起算三十日。
  - 三、慢性病連續處方箋：末次調劑之用藥末日。
  - 四、其他門診處方及藥品處方箋：自開立之日起算三日。
- 前項期間遇有末日為例假日者，順延之。

第二十四條 同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。

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十日內，始得憑原處方箋再次調劑。

第二十五條 保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量：

- 一、預定出國或返回離島地區。
- 二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。
- 三、罕見疾病病人。
- 四、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人。

第二十六條 醫師處方之藥物未註明不可替代者，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑型、同含量其他廠牌藥品或同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。

第二十七條 保險對象有重複就醫或不當利用醫療資源之情形者，保險人應予以輔導，瞭解其就醫原因，提供適當醫療衛教、安排就醫及給予必要之協助，並得依其病情，指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。

前項保險對象未依保險人輔導，於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。

第一項輔導，得以郵寄關懷函、電訪、訪視、運用相關社會資源或其他方式進行。

第二十八條 第七條、第十條、第十四條第一項、第三項及第二十三條規定自中華民國一百零七年六月一日施行。

本辦法除前項已另定施行日期者外，自發布日施行。

附表 全民健康保險慢性病範圍

疾病名稱 (特定診療項目代號)	
一	癌症 (12)
二	內分泌及代謝疾病 甲狀腺機能障礙 (05) 糖尿病 (01) 高血脂症 (19) 威爾遜氏症 (48) 痛風 (07) 天皰瘡 (30) 皮膚炎 (31) 泌乳素過高症 (43) 先天性代謝異常疾病 (52) 腎上腺病變引發內分泌障礙 (70) 腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71) 性早熟 (72) 副甲狀腺機能低下症 (80) 性腺低能症 (Hypogonadism) (93)
三	精神疾病 精神病 (47)
四	神經系統疾病 腦瘤併發神經功能障礙 (73) 巴金森氏症 (16) 肌僵直萎縮症 (49) 其他中樞神經系統變質及遺傳性疾病 (54) 多發性硬化症 (55) 嬰兒腦性麻痺及其他麻痺性癱瘓群 (56) 癲癇 (15) 重症肌無力 (51) 多發性周邊神經病變 (74) 神經叢病變 (75) 三叉神經病 (76) 偏頭痛 (77) 脊髓損傷 (81)
五	循環系統疾病 心臟病 (11) 高血壓 (02) 腦血管病變 (14) 動脈粥樣硬化 (57) 動脈栓塞及血栓症 (58) 雷諾氏病 (26) 川崎病併發心臟血管異常者 (78)

六	呼吸系統疾病 慢性鼻竇炎 (45) 慢性支氣管炎 (10) 肺氣腫 (20) 哮喘 (06) 支氣管擴張症 (22) 慢性阻塞性肺炎 (21) 肺沈著症 (59) 外因所致之肺疾病 (60) 過敏性鼻炎 (82)
七	消化系統疾病 消化性潰瘍 (08) 肝硬化 (25) 慢性肝炎 (03) 胃腸機能性障礙 (含慢性胰臟炎、各種胃腸息肉症、急躁大腸症候群、胃腸糜爛性炎症、慢性大腸炎症) (23) 慢性膽道炎 (18)
八	泌尿系統疾病 慢性腎臟炎 (04) 腎臟感染 (61)
九	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病 關節炎 (09) 多發性肌炎 (50) 骨質疏鬆症 (27) 紅斑性狼瘡 (24) 慢性骨髓炎 (95) (須依 X 光片予以判定，如需服用抗生素，需有 CRP、ESR 檢查作為判定依據)
十	眼及其附屬器官之疾病 青光眼 (33) 乾眼症 (34) 視網膜變性 (35) 黃斑部變性 (36) 葡萄膜炎 (37) 玻璃體出血 (38) 角膜變性 (39)
十一	傳染病 結核病 (17) 甲癩 (29)
十二	先天畸形 先天性畸形疾病 (62)

十三	<p>皮膚及皮下組織疾病</p> <p>乾癬 (28)</p> <p>全身性濕疹 (32)</p> <p>烏腳病 (79)</p> <p>白斑 (83)</p> <p>脂漏性皮膚炎 (84)</p> <p>類澱粉沉積症 (限病灶超過體表面積百分之三十三以上者) (85)</p> <p>類天皰瘡 (86)</p> <p>皰疹性皮膚炎 (87)</p> <p>家族性良性慢性天皰瘡 (88)</p> <p>表皮分解性水皰症 (89)</p> <p>嚴重性魚鱗癬 (含層狀魚鱗癬及魚鱗癬狀紅皮症) (90)</p> <p>毛囊角化症 (91)</p> <p>進行性全身硬皮症 (92)</p> <p>慢性蕁麻疹 (98)</p> <p>異位性皮膚炎 (99)</p>
十四	<p>血液及造血器官疾病</p> <p>慢性貧血 (40)</p> <p>紫斑症 (41)</p> <p>持續性血液凝固障礙 (血友病) (63)</p> <p>骨髓分化不良症候群 (96)</p> <p>Refractory Anemia</p> <p>RARS</p> <p>CMMOL</p> <p>RAEB</p> <p>RAEB-t</p> <p>原發性血小板增生症 (97)</p>
十五	<p>耳及乳突之疾病</p> <p>慢性中耳炎 (46)</p> <p>內耳前庭病變 (44)</p> <p>神經性耳鳴 (AA)</p>
十六	<p>其他</p> <p>器官移植後藥物追蹤治療 (13)</p> <p>漢生病 (64)</p> <p>痔瘡 (65)</p> <p>攝護腺 (前列腺) 肥大 (66)</p> <p>子宮內膜異位症 (42)</p> <p>停經症候群 (67)</p> <p>尿失禁 (68)</p> <p>油症 (多氯聯苯中毒) (69)</p> <p>先天性免疫不全症 (58)</p>

	慢性攝護腺炎 (需經攝護腺按摩取攝護腺分泌液 證實者) (94) 人類免疫缺乏病毒感染(AB)
--	---



# 藥品療效不相等通報

- 通報功能將建置於本署健保醫療資訊雲端查詢系統之雲端藥歷頁籤，作為藥品療效通報之管道。
- 該系統作業流程目前規劃如下：
  - 一. 系統運作流程：民眾若有藥品療效不相等之問題，可由醫師或藥師於雲端藥歷頁籤上進行藥品療效不等通報，系統接獲通報資料後，本署將提供通報個案資料予食品藥物管理署以利進行療效評估。
  - 二. 後續作業：本署將每周定期透過網路批次傳送(SFTP)提供食品藥物管理署。

# 藥品療效不相等通報

- 通報系統畫面



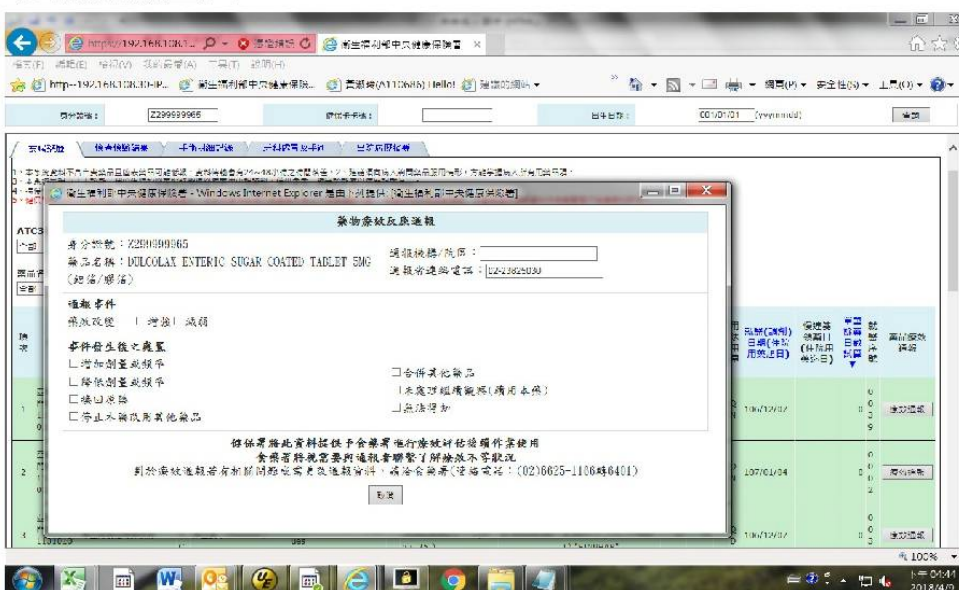
# 藥品療效不相等通報

- 通報系統畫面



# 藥品療效不相等通報

- 通報系統畫面



## 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法部分條文修正條文

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

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

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

前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：

- 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。
- 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。
- 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

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

非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。

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

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

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

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

前項抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。

隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。

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

隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。

## 第二十二條附表二 全民健康保險保險醫事服務機構 醫療費用案件隨機抽樣方式、核減、補付點數回推計算 方式

一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。

### (一) 論人歸戶抽樣

抽樣分類	抽樣類別	抽樣人數			備註
		申報人數	人數抽樣率	樣本人數	
門診	西醫基層	1-500 501以上	1/100 1/100	1.以申報人數*人數抽樣率(採四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽);牙醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。	1.抽樣類別排除洗腎、代辦案件,以病人為抽樣單位,由電腦按人歸戶後,進行隨機抽樣。 2.樣本病人之全部案件,除排除案件外,均列入抽樣案件送審。
	中醫	1-250 251以上	1/50 1/50		
	牙醫	1-150人 151以上	1/15 1/15		

### (二) 論件抽樣

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 10001以上	1/100	0	1-200	1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分列。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入隨機抽審案件：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)、代辦案件、論病例計酬案件(案件分類c1)及經電腦程序審查需整件核減者。
	中醫		1/100	100		
	牙醫	1—1000 1001以上	1/10 1/20	0 50	1-100 101以上	

住院	內科系	申報件數	抽樣率	調整數	樣本數	<p>1. 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</p> <p>2. 各抽樣類別之最少抽樣件數十件。</p> <p>3. 不列入抽樣審查案件：高額、特定醫療案件（案件分類3）、論病例計酬案件（案件分類2）、住院診斷關聯群案件（案件分類5）及經電腦程序審查需整件核減者。</p>
	外科系					
	小兒科系					
	婦產科系					
	骨科系					
	其他科系					

二、回推方式：得採無設定回推上限值或設定回推上限值。

(一)適用無設定回推上限值者

1.總核減點數

總核減點數	<p>總核減點數=回推核減點數+不回推核減點數</p> <p>1. 回推核減點數= [(總合計點數) - (極端值未參與之合計點數)] × (核減率) + (極端值未參與之核減點數)。</p> <p>2. 不回推核減點數= (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數) + (不列入抽樣審查案件核減點數)。</p>
案件數之計算	<p>1. 抽審案件核減點數之極端值案件數N，門診以全部抽審案件數之14%、住診以全部抽審案件數之14%計算(四捨五入)。</p> <p>2. 所有核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為M1 (合計點數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)。</p>
極端值未參與之合計點數	$\sum (T_n) \{ (N+1-n) / (N+1) \}$
核減率	$\frac{\sum (M_n) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\sum (T_n) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計點數})}$
極端值未參與之核減點數	$\sum (M_n) \{ (N+1-n) / (N+1) \}$

備註	<p>1. 非依第二十二條採隨機抽樣審查之案件，其核減點數不回推計算。</p> <p>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點數（即為全審不回推），不併入計算回推核減率。</p> <p>3. 核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。</p> <p>4. 總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。</p>
----	---

## 2. 申復或爭議審議總補付點數

總補付點數	(抽樣審查案件補付點數) + (極端值未參與之補付點數) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付點數) + (不列入抽樣審查案件補付點數)
補付率	$\frac{(\text{極端值申復案件參與之補付點數}) + (\text{非極端值申復案件補付點數})}{(\text{抽樣樣本極端值案件參與之核減點數}) + (\text{抽樣樣本非極端值案件核減點數})}$
抽樣審查案件補付點數	$\{[(\text{總合計點數}) - (\text{極端值未參與之合計點數})] \times (\text{核減率})\} \times \text{補付率}$
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. 總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。</p>

## (二) 適用設定回推上限值者

### 1. 總核減點數

總核減點數	<p>總核減點數=回推核減點數+不回推核減點數</p> <p>1. 回推核減點數，就下列兩項計算，取其最低值：</p> <p>(1) <math>[(\text{總合計點數}) - (\text{極端值未參與之合計點數})] \times (\text{核減率}) + (\text{極端值未參與之核減點數})</math>。</p> <p>(2) <math>(\text{回推核減之加總點數}) \times (\text{指定回推倍數上限值}) + (\text{極端值未參與之核減點數})</math>。</p> <p>2. 不回推核減點數= (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數) + (不列入抽樣審查案件核減點數)。</p>
案件數之計算	<p>1. 抽審案件核減點數之極端值案件數N，門診以全部抽審案件數之14%、住診以全部抽審案件數之14%計算（四捨五入）。</p> <p>2. 所有核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為M1（合計點數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)。</p>
極端值未參與之合計點數	$\sum (T_n) \left[ \frac{(N+1-n)}{(N+1)} \right]$
核減率	$\frac{\sum (M_n) \left[ \frac{n}{(N+1)} \right] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\sum (T_n) \left[ \frac{n}{(N+1)} \right] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計點數})}$
極端值未參與之核減點數	$\sum (M_n) \left[ \frac{(N+1-n)}{(N+1)} \right]$

備註	<p>1. 非依第二十二條採隨機抽樣審查之案件，其核減點數不回推計算。</p> <p>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點數（即為全審不回推），不併入計算回推核減率。</p> <p>3. 核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。</p> <p>4. 總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。</p>
----	---

## 2. 申復或爭議審議總補付點數

總補付點數	<p>總補付點數=申復或爭議審議後總核減點數－總核減點數</p> <p>1. 申復或爭議審議後總核減點數，就下列兩項計算，取其最低值：</p> <p>(1) [(總合計點數)－(極端值未參與之合計點數)]×(申復或爭議審議後之核減率)＋(極端值未參與之核減點數)＋(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數)＋(不列入抽樣審查案件核減點數)。</p> <p>(2) (回推核減之加總點數)×(指定回推倍數上限值)＋(極端值未參與之核減點數)＋(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數)＋(不列入抽樣審查案件核減點數)。</p> <p>2. 總補付點數數值：</p> <p>(1) 為負值時，向全民健康保險醫事服務機構補付差異點數。</p> <p>(2) 為正值時，該數值歸零。</p>
案件數之計算	<p>1. 申復或爭議審後抽審案件核減點數之極端值案件數N，門診以全部抽審案件數之14%、住診以全部抽審案件數之14%計算(四捨五入)。</p> <p>2. 申復或爭議審議後所有核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為M1(合計點數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)。</p>
極端值未參與之合計點數	$\sum (T_n) \{ (N+1-n) / (N+1) \}$
申復或爭議審議後之核減率	$\frac{\sum (M_n) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\sum (T_n) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計點數})}$
極端值未參與之核減點數	$\sum (M_n) [ (N+1-n) / (N+1) ]$
備註	<p>1. 申復或爭議審議後之核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。</p> <p>2. 總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。</p>