

法規名稱：全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

修正日期：民國 101 年 12 月 28 日

第一章 總則

第 1 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第六十六條第一項及第六十七條第一項規定訂定之。

第 2 條

保險醫事服務機構之特約及管理，應依公平、對等、尊重及互信原則為之。

第二章 特約之申請及審核

第 3 條

- 1 符合附表所定，領有開業執照之醫事機構，於向保險人申請特約為保險醫事服務機構時，應檢具該附表所定相關文件。
- 2 保險人應於受理前項申請後三十日內完成審查，必要時得延長三十日，並應通知申請人。
- 3 聯合診所以外之基層醫療單位，其負責醫師具有醫師、中醫師或牙醫師多重醫事人員資格者，僅得依其執業執照登記之類別，申請特約。

第 4 條

申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，不予特約：

- 一、違反醫事法令，受停業處分期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
- 二、違反全民健康保險（以下稱本保險）有關法令，經停止特約（以下稱停約）或終止特約，期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
- 三、與保險人有未結案件，且拒絕配合辦結。
- 四、對保險人負有債務未結清，且不同意由保險人於應支付之醫療費用中扣抵。
- 五、負責醫事人員因罹患疾病，經保險人實地訪查，並請相關專科醫師認定有不能執行業務之情事。
- 六、負責醫事人員執業執照逾有效期限，未辦理更新。
- 七、容留受違約處分尚未完成執行之服務機構之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。

第 5 條

- 1 申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於五年內不予特約：
 - 一、同址之機構最近五年內，受停約或終止特約二次以上。
 - 二、終止特約執行完畢後五年內，再次受停約或終止特約。
 - 三、停約執行完畢後五年內，再次受終止特約或停約二次以上。
- 2 前項情事，已逾五年，經予以特約後，再有前項各款情事之一，不予特約。
- 3 醫事機構之部分服務項目或科別，經保險人實地訪查認有違反本保險規定之情事，或有具體事實認有違反本保險規定之虞者，於該情事或具體事實未消失前，得僅就該部分之服務項目或科別，不予特約。
- 4 第一項各款所定情事，屬部分服務項目或科別停約或終止特約者，應以五年內累計達五次或同一服務項目或科別累計達三次，始於五年內不予特約。

第 6 條

負有前條第一項第二款、第三款所定情事行為責任之醫事人員，於任何保險醫事服務機構對保險對象提供服務之費用，本保險不予支付。

第 7 條

- 1 醫事機構申請特約，經審查合格後，保險人應與保險醫事服務機構依第二條所定之原則簽訂契約。
- 2 前項契約應以定型化方式為之，其內容應每年檢討一次，如有修正，自下次續約日起適用。
- 3 醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師（藥劑生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士），於其申請特約日前五年內，未有第三十八條、第三十九條、第四十條或第四十七條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起十五個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。

第 8 條

前條特約契約之效期為三年，效期期滿，保險醫事服務機構符合下列條件，未以書面通知保險人終止特約時，保險人得依本辦法規定續約之：

- 一、未有本辦法所定不予特約之情事。
- 二、特約期間未受違約記點，或曾受違約記點，已完成改善。
- 三、特約期間曾受停約，期滿後已完成改善。
- 四、依本法規定受罰鍰處分，其罰鍰已繳清。
- 五、未有第四條、第五條或第四十五條所定情事。

第 9 條

- 1 醫院申請辦理保險住院給付之特約，應經醫院評鑑通過。精神復健醫事機構申請辦理精神疾病患者社區復健服務之特約，應經醫事機構評鑑通過。
- 2 前項醫院於評鑑效期屆滿，經再評鑑結果異動時，保險人應依其異動後之評鑑結果，核定變更特約保險給付等級；未再參加評鑑或經再評鑑未通過時，其特約類別應變更為基層醫療單位。
- 3 新設立之醫院未及參加當年主管機關依法令規定辦理之評鑑時，得由保險人參照醫院評鑑基準，專案認定其特約保險給付等級。
- 4 除醫院以外之保險醫事服務機構依法令規定應參加中央衛生主管機關辦理之評鑑或訪查，經評定不合格或應參加而未參加時，應予終止特約。

第 三 章 保險醫事服務機構之規範

第 10 條

- 1 保險醫事服務機構應將全民健康保險醫事服務機構之標誌，懸掛於明顯處所。
- 2 保險醫事服務機構於停約或終止特約期間，應將前項標誌卸除。但停約或終止特約為部分服務項目或科別者，保險醫事服務機構應於掛號處所（含網路網頁）及其他明顯處所告示停約或終止特約之項目及期間。

第 11 條

保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，應開給符合醫療法施行細則規定之收據，並於醫療費用收據上列印保險對象當次就醫之保險憑證就醫序號。

第 12 條

保險醫事服務機構對於因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件之保險對象，除應先行提供其醫療服務外，並應留存繳費、退費紀錄。

第 13 條

本保險給付之項目，保險醫事服務機構除依第十四條規定收取費用外，其他不得囑保險

對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用。

第 14 條

- 1 保險醫事服務機構提供保險對象應自付差額之特殊材料，應向保險對象收取費用，並依下列規定辦理：
 - 一、收費標準，應先報請所在地之衛生主管機關核定。
 - 二、應自付差額之特殊材料品項及其費用、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較，應公布於服務機構網際網路或明顯之處所。
 - 三、除緊急情況外，應於手術或處置前二日，將相關說明書交付予病患或其親屬，同時應向病患或其親屬詳細解說，並由病患或其親屬填寫自付差額之同意書一式兩份，一份交由病患收執，一份併同病歷保存。
- 2 前項第三款說明書應載明自付差額品項費用及其產品特性、使用原因、應注意之事項、副作用，與本保險給付品項之療效比較等。同意書應載明自付差額品項名稱、品項代碼、醫療院所單價、數量及自付之差額。

第 15 條

保險醫事服務機構提供保險對象本保險給付之手術、檢查及處置時，非因情況緊急或不可預期之情形，不得於手術、檢查及處置實施過程中徵詢或請病人、親屬使用本保險不給付之項目。

第 16 條

保險醫事服務機構依本保險提供服務之有關帳冊、簿據之記載，應與向保險人申報者相符，並應保存五年。

第 17 條

保險醫事服務機構之負責醫事人員因故不能執行業務逾三十日時，除已依其他法令報請原發開業執照機關備查者外，應自逾三十日之日起十日內，報請保險人備查；備查事項變更時，亦同。

第 18 條

保險醫事服務機構名稱變更，或公立醫療機構、醫療法人之醫療機構或法人附設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，向保險人辦理變更。

第 19 條

保險人因保險有關業務之必要，得對保險醫事服務機構進行實地訪查。

第 20 條

診所申請特約辦理本保險分娩給付，應經所在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，不得申請剖腹產給付。

第 21 條

- 1 保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家（以下稱照護機構），提供保險一般門診及復健診療服務，並以符合下列條件為限：
 - 一、保險醫事服務機構提供一般門診診療服務應為特約醫院及診所；提供復健診療服務應為特約醫院及復健科診所。
 - 二、於提供復健治療服務時，應依服務類別，指派符合醫療服務給付項目及支付標準規定之專科醫師及物理、職能、語言或聽力治療師（生）。
 - 三、照護機構內設有符合醫療機構設置標準規定之診療空間（設施）；於辦理復健治療

服務時，應依服務類別，設有符合物理、職能、語言或聽力治療所設置標準規定之設施。

四、應將照護機構內保險對象名冊，報經保險人備查。其名冊應每月更新一次。

- 2 前項保險醫事服務機構有違規情事者，保險人得不予許可其申請支援服務。

第 22 條

- 1 前條保險醫事服務機構指派醫師及必要之醫事人員，服務時段限制如下：
 - 一、保險醫事服務機構之醫師提供一般門診及復健診療服務，每週合計以三個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以三個時段為限。
 - 二、保險醫事服務機構之醫師提供收住達三百人以上之住宿型身心障礙福利機構之一般門診及復健診療服務，每週合計以六個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以六個時段為限。
 - 三、保險醫事服務機構經核可至照護機構，提供保險一般門診及復健診療服務期間，其他保險醫事服務機構對同一照護機構，不得再申請本項服務。但科別不足之保險醫事服務機構，得商請其他之保險醫事服務機構共組團隊，前往照護機構提供整合性之醫療服務，並由主要保險醫事服務機構申報費用及管理其病歷。
- 2 前項情形，同一時段提供診療服務之醫師、復健治療人員，各以一名為限。但屬於提供早療服務之照護機構，同一時段提供治療服務之復健治療人員，至多三名為限。

第 23 條

特約醫院聘有復健科、骨科或整形外科專任專科醫師、物理治療師及職能治療師，且其處方及裝配之義肢，符合藥事法令規定者，得予保險給付。但經依本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前之規定認可者，得適用修正施行前之規定。

第 24 條

- 1 保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。
- 2 保險醫事服務機構得報經保險人同意，指派其所屬醫事人員至山地離島地區，以巡迴醫療方式為保險對象提供服務。

第 25 條

保險醫事服務機構不得無故拒絕為保險對象提供醫療服務，並不得向保險對象收取保證金。

第 26 條

- 1 保險醫事服務機構間辦理保險對象之轉介（診），應依其醫療需要為之。
- 2 提供保險對象住院診療之保險醫事服務機構，於其病情穩定，應出院或轉送慢性病房者，應予適當之處置及協助。

第 27 條

- 1 特約醫院或診所得委託特約醫事檢驗所或特約醫事放射所辦理相關檢驗、檢查業務。
- 2 特約物理治療所或職能治療所依物理治療師法或職能治療師法規定之業務範圍提供服務，應依特約醫院或診所之復健科、神經科、骨科、神經外科、整形外科或內科專科醫師開具之處方為之。
- 3 前項內科專科醫師應經保險人認可之具有風濕病診療專長。
- 4 第二項之職能治療所亦得依精神科專科醫師就其業務範圍開具之處方為之。

第 28 條

開業執照載有居家護理服務之護理之家，為其收容之保險對象提供居家照護，得申請該服務給付。

第四章 保險病房之設置

第 29 條

本法第四十七條所稱急性病房，指設有急性一般病床、隔離病床、特殊病床或精神急性一般病床之病房。

第 30 條

本法第四十七條所稱慢性病房，指設有慢性一般病床（含慢性結核病床、漢生病病床）或精神慢性一般病床之病房。

第 31 條

特約醫院之病床，除應經所在地衛生主管機關核准登記外，應向保險人報請備查。

第 32 條

- 1 本法第六十七條第一項所稱保險病房，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。
- 2 除下列病床外，保險醫事服務機構不得向保險對象收取病房費差額：
 - 一、每病室設二床以下之急性病房。
 - 二、每病室設二床以下之慢性病房。

第 33 條

- 1 特約醫院保險病房之病床數，其占總病床之比率，於公立醫院之醫學中心、區域醫院、地區醫院應分別達百分之七十五以上；於非公立醫院應分別達百分之六十以上。
- 2 前項比率，急性病房及慢性病房應分別計算之；其因硬體設施限制，未能符合者，應於六個月內，專案提改善計畫報保險人核定。

第 34 條

特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示該病房之前述各項資料。

第五章 保險醫事服務機構之管理

第 35 條

保險醫事服務機構有下列情事之一，保險人應通知其限期改善：

- 一、未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者。
- 二、未協助保險人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需表單之收繳、填報等事宜者。
- 三、藥價調查申報資料錯誤，非屬故意者。
- 四、其他違反特約事項，非屬情節重大者。

第 36 條

保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：

- 一、未依醫事法令或本保險相關法令之規定辦理轉診業務。
- 二、違反第十條至第十四條、第十六條至第十七條、第二十五條、第三十二條第二項、第三十三條或第三十四條規定。
- 三、未依全民健康保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。但急診等緊急醫療事件於事後補繳驗保險憑證者，不在此限。
- 四、未依本保險規定，退還保險對象自墊之醫療費用。
- 五、未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。

- 六、不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。
- 七、不當向保險對象收取自付差額品項之費用，超過保險人所訂之差額上限者。
- 八、違反本法第七十三條之規定者。
- 九、經保險人通知應限期改善而未改善。

第 37 條

- 1 保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：
 - 一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。
 - 二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。
 - 三、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。
 - 四、未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。
 - 五、申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。
 - 六、容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。
- 2 前項應扣減金額，保險人得於應支付保險醫事服務機構之醫療費用中逕行扣抵。

第 38 條

保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月：

- 一、違反本法第六十八條、第八十條第一項規定，經保險人分別處罰三次後，再有違反。
- 二、違反依第三十六條規定受違約記點三次後，再有違反。
- 三、經扣減醫療費用三次後，再有前條規定之一。
- 四、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。

第 39 條

保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：

- 一、以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。
- 二、以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。
- 三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。
- 四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。
- 五、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。

第 40 條

- 1 保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：
 - 一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。
 - 二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。
 - 三、違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。
 - 四、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大。
 - 五、停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險

醫事服務機構申報該服務費用。

六、依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。

2 依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。

第 41 條

保險人對保險醫事服務機構有本法第八十一條第一項規定行為，依前條第一項第二款、第四款所為之處分，應就其服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實等公告於保險人網站，其公告期間為自處分發文日起至處分執行完畢。

第 42 條

- 1 依第三十八條至第四十條規定所為之停約或終止特約，有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害，保險醫事服務機構得報經保險人同意，僅就受處分範圍，以保險人第一次處分函發文日期之該保險醫事服務機構前一年受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住院業務申報量及各該分區總額最近一年已確認之平均點值核算扣減金額，抵扣停約或終止特約期間。
- 2 前項抵扣停約或終止特約期間之規定，於本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前，違反規定且未完成執行之案件，得適用之。

第 43 條

第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：

- 一、違約虛報點數超過十萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。
- 二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。
- 三、違約虛報點數超過十五萬點，並有虛報保險對象住院診療。
- 四、違約虛報點數超過二十五萬點。

第 44 條

保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；歇業或遷址者，應予終止特約。但於同一鄉（鎮、市、區）遷址，檢具異動後之開業執照影本通報保險人者，不在此限。

第 45 條

保險醫事服務機構於特約期間，有下列情事之一者，應予終止特約：

- 一、違反醫事法令規定，經衛生主管機關廢止開業執照處分。
- 二、第五條第一項第二款或第三款之一。

第 46 條

保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。

第 47 條

- 1 保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。
- 2 前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。

第 48 條

- 1 保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日

內，以書面申請複核，但以一次為限。

- 2 保險人應於收到前項申請書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原處置。

第 六 章 附 則

第 49 條

保險醫事服務機構積欠保險費或滯納金，經通知仍未繳納者，保險人得以應支付之醫療費用抵扣。

第 50 條

- 1 第四十五條第二款違約累計，自本辦法中華民國九十一年十二月三十日修正施行之日前已核定停止特約、終止特約者，不計入累計。
- 2 第五條第一項第二款、第三款、第四項及第四十五條第二款停約及終止特約之計算於本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前之違規事項，每一保險醫事服務機構或醫事人員以一次計；同時受停約及終止特約處分者，停約不列計。

第 51 條

依本辦法所為之裁處，應審酌裁量違反行政法上義務行為、目的、應受責難程度、所生影響，作為違約處理之基準。

第 52 條

本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。