

中央健康保險署東區業務組「異常專案管理」作業原則 114 年 7 月

- 一、依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」（以下稱審查辦法）第 30 條規定，保險人得就保險醫事服務機構醫療費用申報資料，分級分類進行檔案分析，檔案分析案源多數如下：
 - (一)專業審查醫藥專家審查意見。
 - (二)疑似不符醫療服務給付項目及支付標準規定、藥品給付規定或審查注意事項…等健保相關法規或臨床指引。
 - (三)檢舉案。
 - (四)東區分會移案。
- 二、針對上開案源進行檔案分析，依執行率、執行量、成長率、不符相關規定或臨床指引情形等面向，判定申報合理性，如發現異常樣態，即啟動專案管理。
- 三、為提高專案管理之效率，部分案件依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第46條規定略以「…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」，請院所辦理自清。
- 四、有關專案管理作業原則，訂定如下：
 - (一)直接採行專案抽審：依異常案件量情形，採全審或部分案件抽樣審查。
 - (二)自清併抽審：
 1. 提供資料通知院（所），請先行審視資料辦理自清。為避免公文往返，原則上以 e-mail 通知。
 2. 比較各院（所）自清率，如有明顯低於同儕值或東區值，將自清率回饋給該院（所），並請再次檢視是否二次自清。
未100%自清院（所），得依下列原則酌抽不同意自清的案件：
 - (1) 少於10件（含）全抽。
 - (2) 大於10件，10抽1，至少抽11件至多100件。
 - (三)為節省雙方人力並考量審查量能，以上各項部分案件抽樣審查者，參考審查辦法第22條第5項之精神，以疑似異常案件群之隨機抽審專業審查結果，計算該群整體之核減費用。