

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及第二十二條附表二修正草案總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於八十四年一月二十三日訂定發布，其後歷經十次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱本辦法)，最近一次修正係於一百零三年十二月二十二日發布，本次為第十一次修訂。

本次修訂主要係因全民健康保險資源有限，為減少不適當或不必要之醫療處置，使資源得以合理分配，針對保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得朝以更精準與合理之方式，進行相關審查與檔案分析，尤其為隨機抽樣審查及回推計算方式。另配合全民健康保險會一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額之協定結果，修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算。爰修正本辦法第五條、第十條、第十二條、第十三條、第二十二條，以及第二十二條附表二之內容。修正重點如下：

- 一、依據本辦法第二十二條之抽樣回推原則，酌修文字。(修正條文第五條)
- 二、為避免現行隨機抽樣之回推計算對保險醫事服務機構產生過度之財務衝擊，爰增訂採隨機抽樣之案件，保險人得設定回推倍數上限值，並考量核減方式之改變對各總額部門點值之影響，爰訂定回推倍數上限值之設定程序，即保險人應與各部門總額相關團體共同研商之機制。(修正條文第二十二條)。
- 三、修正現行隨機抽樣之回推方式，提高門診及住診極端值案件之比例，以及增列採設定回推上限值之回推方式。(修正條文第二十二條附表二)。
- 四、依據本部公告之一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，有關其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第六十二條第三項辦理，爰修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算，並配合酌修相關條文。(修正條文第十條、第十二條及第十三條)。

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草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>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。</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，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。</p>	<p>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。</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，<u>不得回推</u>，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。</p>	<p>依據本辦法第二十二條之抽樣回推原則，刪除本條第二項「不得回推」之文字。</p>
<p>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。</p> <p>前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點</p>	<p>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。</p> <p><u>實施總額部門之保險醫事服務機構</u>，前項醫療費用</p>	<p>一、依據本部公告「一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目之協定事項：「各項分項費用若有超支，依全民健康保險法第六十二條第三項辦理」，故修正本條</p>

<p>核定金額之計算依下列規定辦理：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>非屬各總額部門之保險醫事服務機構，適用之每點核定金額，以一元計算。</p>	<p>第四項文字。</p> <p>二、餘酌修文字。</p>
---	---	-------------------------------

項辦理。		
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>第十二條 <u>實施總額部門之</u>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。</p> <p>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。</p>	<p>配合本辦法第十條之修正，酌修文字。</p>
<p>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。</p>	<p>第十三條 <u>實施總額部門之</u>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。</p>	<p>配合本辦法第十條之修正，酌修文字。</p>
<p>第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保</p>	<p>第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保</p>	<p>一、依據一百零六年四月二十五日「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果討</p>

<p>險人得採抽樣方式進行審查。</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應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，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報請主管機關核定後公告。</u></p> <p>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<u>免除、增減抽樣審查</u>或全審。</p> <p>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。</p> <p>隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。</p>	<p>險人得採抽樣方式進行審查。</p> <p>抽樣以<u>隨機抽樣為原則</u>，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費用案件進行分析，依分析結果，得<u>免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查</u>或全審。</p> <p>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率或補付率之計算基礎。</p> <p>隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。</p>	<p>論會議紀錄，本部中央健康保險署審查改革措施之一為「邁向精準審查」，朝以減少「隨機抽樣」、增加「立意抽樣」之抽樣模式，爰並列「隨機」及「立意」抽樣等文字，故修正第二項文字。</p> <p>二、現行隨機抽樣審查雖有統計學理上之回推概念，然而回推後之總核減點數，動輒有較原未經回推核減點數高達數十倍之情事，多年來迭有保險醫事服務機構認有不合理之爭議。為降低現行隨機回推結果，對部分保險醫事服務機構造成財務之衝擊，故增訂保險人得設定回推倍數之上限值。</p> <p>三、另基於總額支付制度專業自主之精神，考量核減方式之改變對點值之影響及醫療生態可能產生之衝擊等因素，爰明訂回推倍數上限值之訂定程序，即保險人應與各總額相關團體共同研商，增訂第三項。</p> <p>四、現行條文第三項至第五項項次遞延，並配合修正文字。</p>
--	---	--

第二十二條附表二修正草案對照表

修正 現行 規定 說明

附表二 全民健康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)。	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。 3.樣本人數之全部案件,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	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)。	
	牙醫	1-150人 151以上	1/15 1/15	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)。	

(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	
門診	西醫	1-10000 10001以上	1/100 1/100	0 100	1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分別。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入隨機抽樣案件：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	1-1000 1001以上	1/10 1/20	0 50	
	牙醫	1-1000 1001以上	1/10 1/20	0 50	

附表二 全民健康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)。	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。 3.樣本人數之全部案件,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	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)。	
	牙醫	1-150人 151以上	1/15 1/15	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)。	

(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	
門診	西醫	1-10000 10001以上	1/100 1/100	0 100	1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分別。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入隨機抽樣案件：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	1-1000 1001以上	1/10 1/20	0 50	
	牙醫	1-1000 1001以上	1/10 1/20	0 50	

說明

一、依據本辦法第二十二條修正現行隨機抽樣之回推方式,並參採中華民國醫師公會全國聯合會一百零六年八月二十二日全聯聯字第一〇六〇〇〇一三〇八號函之建議,提高門診及住診極端值案件之比例,門診部分由百分之六調增為百分之十四,住診部分由百分之十調增為百分之十四。

二、增列採設定回推上限值之回推方式。

三、餘為文字變更。

住院	內科系	申報件數	抽樣率	調整數	樣本數	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、洗核醫科、泌尿科、結核科、腎科等。 外科系：外科、神經外科、整形科。 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。 2. 各抽樣類別之最少抽樣件數 上件。 3. 不列入抽樣審查案件：高類、特定醫療案件（案件分類3）、論病例計劃案件（案件分類2）、住院診斷關聯案件（案件分類5）及經電腦程序審查需整件核減者。
	外科系					
	小兒科系		1/15			
	婦產科系					
	骨科系					
	其他科系					

二、回推方式：得採盡設定回推上限值或設定有回推上限值。

(一) 適用無設定回推上限值者

上總核減點數

總核減點數	$\left[\frac{\sum (\text{總合計點數}) - (\text{極端值未參與之合計點數}) \times (\text{核減率})}{\sum (\text{總合計點數}) + (\text{不列入抽樣審查案件核減點數})} \right] \times (\text{核減率}) + (\text{極端值未參與之合計點數}) + (\text{不列入抽樣審查案件核減點數})$
案件數之計算	1. 抽樣案件核減點數之極端值案件數N，門診以全部抽樣案件數之1.4%、住院以全部抽樣案件數之1.4%計算（四捨五入）。 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)。
極端值未參與之合計點數	$\sum (Tn) \left[\frac{(N+1-n)}{(N+1)} \right]$
核減率	$\frac{\sum (Mn) \left[\frac{n}{(N+1)} \right] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\sum (Tn) \left[\frac{n}{(N+1)} \right] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計點數})}$
極端值未參與之核減點數	$\sum (Mn) \left[\frac{(N+1-n)}{(N+1)} \right]$
備註	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。 2. 各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、在診少於十件，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。 3. 核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 4. 總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。

住院	內科系	申報件數	抽樣率	調整數	樣本數	4. 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、洗核醫科、泌尿科、結核科、腎科等。 外科系：外科、神經外科、整形科。 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。 5. 各抽樣類別之最少抽樣件數 10件。 6. 不列入抽樣審查案件：高類、特定醫療案件（案件分類3）、論病例計劃案件（案件分類2）、住院診斷關聯案件（案件分類5）及經電腦程序審查需整件核減者。
	外科系					
	小兒科系		1/15			
	婦產科系					
	骨科系					
	其他科系					

二、回推方式

(一) 總核減點數

總核減點數	$\left[\frac{\sum (\text{總合計點數}) - (\text{極端值未參與之合計點數}) \times (\text{核減率})}{\sum (\text{總合計點數}) + (\text{不列入抽樣審查案件核減點數})} \right] \times (\text{核減率}) + (\text{極端值未參與之合計點數}) + (\text{不列入抽樣審查案件核減點數})$
案件數之計算	1. 抽樣案件核減點數之極端值案件數N，門診以全部抽樣案件數之6%、住院以全部抽樣案件數之10%計算（四捨五入）。 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)。
極端值未參與之合計點數	$\sum (Tn) \left[\frac{(N+1-n)}{(N+1)} \right]$
核減率	$\frac{\sum (Mn) \left[\frac{n}{(N+1)} \right] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\sum (Tn) \left[\frac{n}{(N+1)} \right] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計點數})}$
極端值未參與之核減點數	$\sum (Mn) \left[\frac{(N+1-n)}{(N+1)} \right]$
備註	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。 2. 各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、在診少於十件，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。 3. 核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 4. 總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。

(二)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	(極端值中復案件參與之補付點數) ÷ (非極端值中復案件補付點數) + (抽樣樣本極端值案件參與之核減點數) ÷ (抽樣樣本非極端值案件核減點數)
抽樣審查案件補付點數	{[(總合計點數) - (極端值未參與之合計點數)] × (核減率)} × 補付率
備註	1. 補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2. 總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3. 住院總補付點數：非診斷斷關聯群案件與診斷斷關聯群案件兩類別各自之總補付點數，分別單獨計算後，再合併加總。

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	(極端值中復案件參與之補付點數) ÷ (非極端值中復案件補付點數) + (抽樣樣本極端值案件參與之核減點數) ÷ (抽樣樣本非極端值案件核減點數)
抽樣審查案件補付點數	{[(總合計點數) - (極端值未參與之合計點數)] × (核減率)} × 補付率
備註	1. 補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2. 總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3. 住院總補付點數：非診斷斷關聯群案件與診斷斷關聯群案件兩類別各自之總補付點數，分別單獨計算後，再合併加總。

(二)適用設定回推上限值者

1. 送核總核減點數

送核總核減點數	送核總核減點數 = 送核回推核減點數 + 送核不回推核減點數。 1. 就下列兩項計算式取其數值較小者，作為送核回推核減點數。 (1) [(總合計點數) - (極端值未參與之合計點數)] - (病人歸戶排除母體醫藥費用合計點數) × (送核核減率) + (極端值未參與之核減點數)。 (2) (極端值參與之合計點數) × (指定回推倍數上限值) + (極端值未參與之核減點數)。 2. 送核不回推核減點數 = (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)。
案件數之計算	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)。 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)。 $\sum (Tn) [(N+1-n) / (N+1)]$
極端值未參與之合計點數	$\sum (Mn) [n / (N+1)] + \sum (其他非極端值案件之核減點數)$
送核核減率	$\sum (Tn) [n / (N+1)] + \sum (其他非極端值案件之合計點數)$
極端值未參與之核減點數	$\sum (Mn) [(N+1-n) / (N+1)]$
備註	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。 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。 3. 送核核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 4. 送核總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。

<p>2.救濟(申復或爭議審議)總追扣或補付點數</p>	<p>救濟(申復或爭議審議)總追扣或補付點數=救濟總核減點數-送核總核減點數</p> <p>1.救濟總核減點數=[(總合計點數)-(極端值未參與之合計點數)-(病人歸戶排除母體醫療費用合計點數)]×(救濟核減率)+[(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.救濟(申復或爭議審議)總追扣或補付點數數值： (1)為負值時，向全民健康保險醫事服務機構補付差異點數。 (2)為正值時，向全民健康保險醫事服務機構補付差異點數。</p> <p>1.救濟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)。 2.救濟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> <p>$\frac{\sum (Tn) [(N+1-n) / (N+1)]}{\sum (Mn) [n / (N+1)]} + \sum (\text{其他非極端值案件之核減點數})$</p> <p>$\frac{\sum (Tn) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計點數})}{\sum (Mn) [(N+1-n) / (N+1)]}$</p> <p>1.救濟核減率計算至小數點第四位；第五位四捨五入。 2.救濟(申復或爭議審議)總追扣或補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3.救濟(申復或爭議審議)總追扣或補付點數：非診斷關聯案件與診斷關聯案件兩類別各自分別單獨計算後，再合併加總。</p>
<p>案件數之計算</p>	<p>1.救濟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)。 2.救濟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>
<p>極端值未參與之合計點數</p>	<p>$\frac{\sum (Tn) [(N+1-n) / (N+1)]}{\sum (Mn) [n / (N+1)]} + \sum (\text{其他非極端值案件之核減點數})$</p>
<p>救濟核減率</p>	<p>$\frac{\sum (Tn) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計點數})}{\sum (Mn) [(N+1-n) / (N+1)]}$</p>
<p>極端值未參與之核減點數</p>	<p>$\sum (Tn) [(N+1-n) / (N+1)]$</p>
<p>備註</p>	<p>1.救濟核減率計算至小數點第四位；第五位四捨五入。 2.救濟(申復或爭議審議)總追扣或補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3.救濟(申復或爭議審議)總追扣或補付點數：非診斷關聯案件與診斷關聯案件兩類別各自分別單獨計算後，再合併加總。</p>