

為執行全民健康保險醫療辦法第 42 條規定，訂定「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」

發文機關：中央健康保險局

發文字號：中央健康保險局 96.01.10. 健保醫字第0950033489號

發文日期：民國96年1月10日

訂定「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」，並自即日生效。

附「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」。

附件：全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知

一、為執行全民健康保險醫療辦法第四十二條規定，特訂定本須知。

二、保險對象認定原則：

(一) 經中央健康保險局（以下簡稱本局）針對門診就醫之保險對象，排除急診、領有重大傷病卡及使用本局代辦之醫療服務項目，歸戶前一年門診申報就醫次數大於 200次（含），且屬 80 百分位（含）至 100 百分位之保險對象列入輔導。

(二) 經本局轄區分局輔導二季後，90 百分位（含）至 100百分位之保險對象就醫次數未降 20 %（含）以上，80 百分位（含）至 90百分位（含）之保險對象就醫次數未降 15 %（含）以上者，經專業認定後，指定其於特定保險醫事服務機構就醫。

(三) 由本局轄區分局依個案事實認定有指定就醫之必要者，不受上開原則限制。

三、作業程序：

(一) 保險對象經指定需特定之保險醫事服務機構接受診療服務時，本局轄區分局先洽詢保險對象意願選擇特定之保險醫事服務機構後，並請其填具切結書，再函知保險對象及指定之保險醫事服務機構。

(二) 本局轄區分局將需指定就醫之保險對象名單及指定之保險醫事服務機構函送本局，欄位包括保險對象姓名、身分證字號、醫事服務機構名稱、代碼及簡稱。

(三) 上開資料由本局載入健保 IC 卡資料庫，保險對象健保 IC 卡於更新次數時載入。

四、未依本局輔導至指定之保險醫事服務機構就醫者，不予給付，惟因情況緊急，符合全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第三條規定之緊急傷病醫療範圍者，不在此限。

(一) 全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第三條規定之緊急傷病醫療範圍如下：

1. 急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。

2. 急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰協痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。

3. 吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。

4. 急性中毒或急性過敏反應者。

5. 突發性體溫不穩定者。

6. 呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。

7. 意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。

8. 眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。

9. 精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。

10. 重大意外導致之急性傷害。

11. 生命癥象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。
12. 應立即處理之傳染病，但不包括依法由政府編列預算支應者。
13. 二天以上連續假日期間發生之突發性病痛或創傷。

(二) 應於指定醫事服務機構就醫之保險對象，由本局進行勾稽，如非因緊急情況，於非指定保險醫事服務機構就醫時，由本局轄區分局進行追償作業。

五、其他注意事項：

- (一) 經本局轄區分局輔導之保險對象，如百分比下降值，經各分局評估確有無法下降之理由，得專案報經本局同意後，不需列入指定特定院所就醫。
- (二) 對於健保門診高利用保險對象，除符合本須知需指定至特定醫事服務機構接受醫療服務外，依「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」辦理。
- (三) 經評估不屬次年需指定院所就醫之保險對象名單，且不屬各分局依個案事實認定有指定就醫之必要者，則取消健保 IC 卡註記，予以結案。

六、全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業流程圖，如附件。