

全民健康保險爭議審議 案例彙編(七)

~醫療篇~

牙·中·西醫案例

事前審查案例

行政審查案例

程序案例



行政院衛生署

健康是您的權利·保健是您的責任

全民健康保險爭議審議案例彙編(七)醫療篇

行政院衛生署全民健康
保險爭議審議委員會 編印



GPN : 1010103222
工本費 : 110元



行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會
NHI Dispute Mediation Committee

全民健康保險爭議審議案例彙編(七)

~醫療篇~

行政院衛生署

全民健康保險爭議審議委員會

NHI Dispute Mediation Committee

中華民國一零一年十二月

全民健康保險爭議審議案例彙編(七) — 醫療篇目錄

序言	I
前言	III
緒言	V
壹、各科共通性案例 (21 則)	1
貳、牙醫案例 (13 則)	46
參、中醫案例 (12 則)	68
肆、西醫案例	87
一、內科系 (19 則)	87
二、外科系 (20 則)	119
三、婦產科 (3 則)	157
四、小兒科 (2 則)	163
五、其他科別 (5 則)	165
六、居家護理 (4 則)	173
伍、事前審查案例	179
一、免疫調節劑項目 (1 則)	179
二、抗腫瘤藥物項目 (4 則)	182
三、骨科特殊材料項目 (4 則)	190
四、牙醫診療項目 (2 則)	197
五、其他項目 (4 則)	201

陸、行政審查案例（18 則） 209

柒、程序案例（10 則） 246

序

我國自從民國八十四年實施全民健保以來，已經成功讓全民的身體健康獲得基本保障，使大家不致再陷入因病而貧、因貧而病的惡性循環中，民眾的滿意度一向都非常高。

全民健保滿意度高，其實存在很多因素，其中包括對健保局核定案件如果發生爭議，被保險人、投保單位以及保險特約醫事服務機構，均可申請由衛生署代表、法學、醫藥、保險專家所共同組成之「全民健康保險爭議審議委員會」做公平而客觀之審議，對審議之結果如果仍然不服，還可以依法提起訴願或行政訴訟請求救濟，以完整確保大家之權益。

前開之委員會在審議過程中，發現有些被保險人常因為不明白法令規定而喪失其應有權益，許多投保單位因未據實申報所屬員工投保金額而被處予罰鍰，更有不少特約醫事服務機構因不當使用醫療資源而被核刪所申報之費用，甚至於因虛報或浮報醫療費用而被處予停止特約處分。這些均有待於加強教育宣導，才能夠避免該事件一再發生。

為讓各界瞭解，哪些健保權益可以積極爭取，哪些觸法行為可以有效避免，全民健康保險爭議審議委員會特選錄一些具代表性、教育性、宣導性的案例，將之彙整編印成冊，分送各界參考使用，至今已經出版六輯，第七輯亦旋將付梓，欣見書成，感佩用心，特誌數語，以之為序。

這是一本非常實用的工具書，希望大家善加保存充分利用！

行政院衛生署

署長 邱文達 謹誌

中華民國101年11月

前言

全民健康保險在 84 年 3 月 1 日開辦伊始，即設計有為解決大量且具醫療專業特性之健保爭議審議制度及程序；本會乃因應於 84 年 4 月 28 日設立，並依法審議健保局所為核定案件之各項健保爭議事項。在歷屆委員、醫療專家與全體同仁的努力下，秉持「追求品質效率，善盡社會責任」之精神，以專業、公正及客觀立場，在兼顧原核定個案醫療服務之適當性、必要性及品質各面向之前提下，審議原核定個案之適法性及妥當性。並針對不符合時宜之規定，提供建議予健保局作為修法之參考；同時亦致力於簡化作業程序，精進審議品質，以落實「有感改革」之政策目標。

本會已先後編輯案例彙編六輯，選錄具代表性、教育性及宣導性之爭議審議案例供各界參考，以期各界瞭解本會在健保體系所扮演之角色及功能。並自 94 年起發行電子報，邀請學者專家就經常發生或特殊之健保爭議審議案例撰文分享，藉以改善醫療品質及避免類似爭議發生。而為進一步擴大 e 化服務，落實資訊公開與分享，已於本會網頁建置參考案例專區之服務功能，讓保險醫事服務機構可以按案件類別，快速查詢參考案例；另自 101 年 7 月起啟用醫療費用爭議案件線上申請系統，藉由健保資訊網服務系統(VPN)，提供特約醫事服務機構更快捷簡化的爭議申請

服務，及審議進度查詢、審定結果檔案下載等功能。

即將於 102 年 1 月 1 日施行的二代健保，固然有一些制度設計上的變動及調整，而其中有關健保爭議案件的審議程序，則是維持未變動的機制，爰此，本會為持續擴散教育、輔導及提升醫療品質之功能，並考量參閱對象不同及需求，乃再精心選錄 99 年 9 月至 101 年 9 月審定具代表性及宣導性之醫療爭議案例計 142 則，編撰為案例彙編（七）－醫療篇，敬請各界先進不吝指正。

全民健康保險爭議審議委員會

主任委員  謹識

中華民國 101 年 11 月

「全民健康保險爭議審議案例彙編（七）-醫療篇」緒言

- 一、本彙編（七）共收集具代表性及宣導性之案例 142 則，均係由本保險醫事服務機構對保險人就醫療費用事項所為之核定案件發生爭議時，依全民健康保險法第 5 條第 1 項及全民健康保險爭議事項審議辦法規定申請審議之案件，分成各科共通性案例、牙醫案例、中醫案例、西醫案例、事前審查案例、行政審查案例及程序案例等 7 大類。
- 二、案例所援引之法規條文均以案件發生當時之法規內容為準。
- 三、本次編印，除按案例類別排序外，並於每則案例首段摘要案情內容，並依案例性質歸類排序，以便利查考，另為符合個人資料保護法等規定，案內相關醫事服務機構、醫事人員及病患等之名稱、姓名及地址等資料均以符號（代號）替代或予以刪除。

壹、各科共通性案例

共通性案例 1

摘要:重大傷病證明於住院期間申請獲准,按全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法之「住院免部分負擔日期之計算,以當次住院第1日起」規定,同意給付。

費用年月： 99/05 類別： 住院 案號： 1002000016 流水號： 000001

科別： 內分泌科 性別： 女性

診斷： 泌尿道感染、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，無法控制、腦血管疾病後遺症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
部分負擔核扣	2,407 點	2,407 點			<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項:「重大傷病證明有效期限,依據全民健康保險重大傷病範圍規定,並以保險人受理日期為重大傷病證明生效日。」。</p> <p>(二)全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第1項第1款、第2項及第3項分別規定:「保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫,其免自行負擔費用之範圍如下:一、重大傷病證明所載之傷病,或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。」、「保險對象如因重大傷病住院,並於住院</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>期間申請獲准發給該項重大傷病證明，其當次住院免自行負擔費用；如以住院期間之檢驗報告，於出院後才確定診斷提出申請者，施行該確定診斷檢驗之當次住院亦免自行負擔費用。」及「前開住院免部分負擔日期之計算，以當次住院第一日起至重大傷病證明有效期限屆滿；同一疾病由急診轉住院者，以急診第一日起算」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：不符重大傷病，核扣部分負擔。</p> <p>(二)複核：病患於 99 年 5 月 19 日入院，經評估住院期間(99 年 5 月 19 日至 5 月 22 日)，醫療費用申報並未使用呼吸器，雖已申請重大傷病，但無法溯及 5 月 19 日至 5 月 22 日，且醫療費用清單已申報項目為 57004C、57022C，均與 57001B、57002B 及 57023B 無相關性，故不予補付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病患 99 年 5 月 19 日入院，因住院期間病況符合重大傷病，故於</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>住院期間提出重大傷病申請，經貴局審查同意重大傷病申請，然因病患 99 年 5 月 23 日起長期使用呼吸器已達 21 天以上，依貴局規定於同一住院期間使用呼吸器與未使用呼吸器需切帳分開申報，導致無法於同一月份申報。</p> <p>四、本件本會審定認為，系爭「部分負擔核扣」計 2,407 點費用之給付，查所附病歷資料，本次 99 年 5 月 19 日至 22 日就醫之相關診斷、主訴及處置，與重大傷病證明所載傷病相關。又查出院病歷摘要顯示，病患入院日期為 99 年 5 月 19 日，出院日期為 99 年 6 月 17 日，依健保局○區業務組之全民健康保險重大傷病核定審查通知書，本案申請受理日為 99 年 6 月 15 日，其重大傷病證明係於住院期間申請獲准，按上開之「住院免部分負擔日期之計算，以當次住院第 1 日起」之規定，所請同意給付，其金額由健保局依規定核算後補付。</p>

共通性案例 2

摘要：開立處方交付病人至保險特約醫事檢驗所施行系爭項目檢查，惟該病人並未抽血，且申請人及保險特約醫事檢驗所均未申報費用，所請同意給付。

費用年月： 100/07 類別： 門診 案號： 1012001142 流水號： 000285

科別： 內科 性別： 女性

診斷： 第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
血液及體液葡萄糖 (09005C)	1	1			<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險法第 52 條：「保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。」。</p> <p>(二)全民健康保險法第 53 條：「醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。」。</p> <p>(三)全民健康保險醫療辦法第 7 條：</p>
醣化血紅素 (09006C)	1	1			
三酸甘油脂 (09004C)	1	1			
總膽固醇 (09001C)	1	1			
低密度脂蛋白－膽固醇 (09044C)	1	1			
高密度脂蛋白－膽固醇 (09043C)	1	1			
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 (09026C)	1	1			
麩胺轉酸酶 (09031C)	1	1			

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>「特約醫院、診所對於需轉由其他保險醫事服務機構提供調劑、檢驗、檢查、復健治療等服務之保險對象，應開立處方，交付保險對象至其他保險醫事服務機構，接受醫療服務。」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：0102A，請附報告。</p> <p>(二)複核：未抽血？沒報告。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>該病人因糖尿病自 98 年 10 月 1 日來院診療，99 年 12 月 16 日作最後一次生化追蹤檢查，原訂於 100 年 7 月 16 日回診囑予抽血檢查，該員囿於工作之關係，並未回診抽血，且原預訂抽血之項目亦未向健保局申請給付，刪減之金額應予核付。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)查卷附資料，本件病人系爭就醫日期為 100 年 7 月 16 日，申請人依全民健康保險醫療辦法第 7 條之規定，開立處方交付病人至保險特約醫事檢驗所施行系爭項目檢查，經本會洽詢健保局表</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>示，申請人交付檢查之保險特約醫事檢驗所並未申報相關費用，且申請人亦未申報費用，合先敘明。</p> <p>(二)惟健保局初核及複核分別以「0102A，請附報告」、「未抽血？沒報告」為由，逕予核扣系爭八項生化檢查費用，共計 1,010 點。</p> <p>(三)依首揭規定，經健保局審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用固應由申請人自行負責，然本件申請人及保險特約醫事檢驗所均未申報費用，則申請人所稱「病人原訂於 100 年 7 月 16 日回診囑予抽血檢查，該員囿於工作之關係，並未回診抽血，且原預訂抽血之項目亦未向健保局申請給付，刪減之金額應予核付。」等語，即非無據。爰將原核定撤銷，所請「八項生化檢查費用」計 1,010 點之費用，同意給付，其金額由健保局依規定核算後補付。</p>

共通性案例 3

摘要：申請人係依規定接受他院要求提供電腦斷層檢查複製片及報告，惟健保局以專業審查，逕予核刪系爭費用，即有未洽，所請同意給付。

費用年月： 99/09 類別： 門診 案號： 1002002428 流水號： 007466
 科別： 放射診斷科 性別： 女性
 診斷： 追蹤檢查

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費—1.電腦斷層檢查 (P2101C)	1	1			<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準 特定檢查資源共享試辦計畫。</p> <p>二、健保局審核意見要旨</p> <p>(一)初核：「102A、509A」。</p> <p>(二)複核：「102A、309A」。</p> <p>三、申請人主張</p> <p>(一)申復理由</p> <p>本院依規定提供複製片至轉院之醫學中心，避免醫療浪費。</p> <p>(二)申請理由</p> <p>資源共享試辦計畫，乃是健保局為了避免醫療資源浪費而設立，○○醫院向本院申請 CT (Brain) 的複製片，一切均是合理的。</p> <p>四、本會審定理由</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					經查卷附資料顯示，申請人係依前揭規定接受他院要求提供電腦斷層檢查複製片及報告，惟健保局初、複核均以專業審查不予支付理由代碼，逕予核刪系爭費用，即有未洽。爰將原核定撤銷，由原核定機關依規定核算後補付。

共通性案例 4

摘要:病人為慢性病患者，申報給藥日份為 31 日份，依規定及病情記載，部分所請尚屬合理，同意給付 30 日份。

費用年月： 100/08 類別： 門診 案號： 1012001506 流水號： 005594

科別： 心臟血管內科 性別： 女性

診斷： -

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
JANUVIA 100 MG F.C. TABLETS (B024668100)	31	30	1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險醫療辦法第 35 條：「本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量；對於慢性病人，按病情需要，一次得給予三十日以內之用藥量。」。</p> <p>(二)全民健康保險醫療辦法第 38 條：「本保險處方箋有效期間為三日，慢性病連續處方箋有效期間為三個月，自處方開立之日起算；逾期保險醫事服務機構不得提供該醫療服務。慢性病連續處方箋之總調劑日份至多為九十二</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>日；同一處方箋，得分次調劑；每次調劑之用藥量，依第三十五條之規定。」。</p> <p>(三)全民健康保險藥品給付規定通則三、「本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。」。</p> <p>二、查所附病歷資料，病人為慢性病患者，申報系爭藥品 1 顆 QD，給藥日份為 31 日份，依首揭規定及病情記載，部分所請尚屬合理，同意給付 30 日份共 30 劑，其金額由健保局依規定核算後補付。其餘部分，給藥日份不符首揭規定，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

共通性案例 5

摘要:申請人申復項目固誤載,惟數量、金額,並無誤載,鑑於申請爭議審議項目已補正修改,本件乃從寬從實體審理。

費用年月: 100/10 類別: 門診 案號: 1012001726 流水號: 000184

科別: 家醫科 性別: 女性

診斷: 攝護腺(前列腺)增生、急性上呼吸道感染

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (00113C)	1		1		<p>一、查本件健保局初核係核刪「一般門診診察費(00113C)」,數量1,金額160點,有「行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」附卷可稽,而依所附「行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」記載,申請人申復項目固誤載為「Azosin SR(10mg)」,惟數量1,金額160點,並無誤載,鑑於申請爭議審議項目已補正修改為「一般門診診察費」,本件乃從寬從實體審理,先予敘明。</p> <p>二、查所附資料,病歷紀錄內容雷同,宜加強病歷紀錄品質,自無法顯示需給付所請費用之正當理</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					由，健保局原核定並無不合，應予維持。

共通性案例 6

摘要：縱全民健康保險醫療費用支付標準表無近似之編號項目可供申報，惟仍應先辦理支付標準新增診療項目申請，以符給付之正當性。

費用年月： 99/11 類別： 門診 案號： 1002002204 流水號： 015701
 科別： 放射腫瘤科 性別： 女性
 診斷： 子宮頸惡性腫瘤、便秘

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
放射照野片 2 張 (36005B)	4		4		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準(以下簡稱支付標準)第一部總則五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：</p> <p>專業審查不予支付理由代碼 509A(施行該項檢查/檢驗過於頻繁不合常理/無特殊理由，該項檢查不應列為常規檢查/無例行性檢查之必要)。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(二)複核：</p> <p>同原審。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病患因疾病必須以 OBI 確位。 (註：OBI 為 on-board imaging 機上照影)。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>查所附病歷資料，依病情記載，固有執行系爭項目之必要性，惟卷附資料，並無放射照野片之報告，且 OBI 係為機器本身附加之電腦斷層，有動態影像透視功能，可即時監測照射腫瘤標靶之誤差，縱全民健康保險醫療費用支付標準表無近似之編號項目可供申報，惟仍應先辦理支付標準新增診療項目申請，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

共通性案例 7

摘要：系爭費用年月尚無適用行為後全民健康保險醫療費用支付標準診療項目增列附註內容之餘地，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 98/09 類別： 住院 案號： 0992004868 流水號： 000113

科別： 血液腫瘤科 性別： 女性

診斷： 其他淋巴及造血組織之性態未明之腫瘤、膽道之其他特定疾患

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
血型測定 (11001C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>行為時之全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「血型測定 (11001C)」及「RH (D) 型檢查 (11003C)」註：「同一醫療院所門、住診限申報一次」，該規定於 99 年 6 月 1 日增列：「2.接受不同血型之骨髓或周邊血液幹細胞移植術後之病人不限申報一次」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：依支付標準規定，同一院所限申報一次。</p> <p>(二)複核：依 99 年 6 月 1 日骨髓移植修訂辦理。</p> <p>三、申請理由要旨</p>
RH (D) 型檢查 (11003C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(一)對於病人血型檢驗是必要的，符合病人安全作業規範；可避免檢體誤抽，病人假冒身分。</p> <p>(二)國內外之血庫評鑑認證，或是醫院評鑑，病人安全作業考核均要求每次之檢體應做血型檢測。</p> <p>(三)教學醫院移植病患，因接受不同血型骨髓或器官移植，血型可能會改變或出現血型不典型反應，亦須重檢確保病人安全。</p> <p>(四)病人接受治療，可能會輸用不同血型之血品（例如不同血型之血小板），血型檢驗會有不典型反應，亦應重檢以確保病人安全。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>申請人雖主張「移植病患，因接受不同血型骨髓或器官移植，血型可能會改變或出現血型不典型反應」等語，惟查本件系爭費用年月為98年9月份，尚無適用前揭99年6月1日增列附註2.得申報系爭11001C及11003C項目之餘地。</p> <p>五、綜上，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

共通性案例 8

摘要:非經健保局依法定程序訂定法規命令公告,尚難執為本案之論據。

費用年月: 100/10 類別: 門診 案號: 1012001404 流水號: 000142

科別: 內科 性別: 女性

診斷: -

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
麩胺轉酸酶 (09031C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>依全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項貳、二、(五)13. 肝炎帶原者於初次應診時可做肝功能檢查,若初次檢查正常者,應間隔三個月以上才可複驗,若檢查不正常者,得視臨床需要增加檢查項目及次數。</p> <p>二、本會審定理由</p> <p>查卷附資料,依病歷記載,不足以支持系爭處置之必要性,自無法顯示需給付所請費用之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。</p> <p>三、另查,申請理由雖略稱:「依全民健康保險西醫基層總額支付制度</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>執行委員會○區委員會公文來函（見附件：○區基層醫療審核醫師整理之共識資料），C型肝炎病毒感染者應每3個月追蹤檢查肝功能，而肝功能檢查項目包括GOT、GPT、Alk-P、r-GT。」，惟仍應報經健保局依法定程序訂定法規命令公告，所稱尚難執為本案之論據，併予敘明。</p>

共通性案例 9

摘要：病人為慢性病患者，申報藥品給藥日份與規定不符，惟健保局給付已屬從寬，基於行政救濟不得為更不利於申請人之決定，原核定仍予維持。

費用年月： 100/10 類別： 門診 案號： 1012001698 流水號： 000016

科別： 洗腎科 性別： 女性

診斷： 慢性腎衰竭、高血壓心臟及腎臟疾病併充血性心臟衰竭及腎衰竭、併有腎病表徵之第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
CALBO TABLETS 950MG "C.H."(CALCIUM CITRATE) (A041539100)	10		10		一、相關規定 (一)全民健康保險醫療辦法第 35 條：「本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量；對於慢性病人，按病情需要，一次得給予三十日以內之用藥量。」。 (二)全民健康保險藥品給付規定通則三、「本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量
ALLOPURINOL TABLETS"YUNGS HIN"(鋁箔/膠箔) (AC142281G0)	4		4		
TINTEN TABLETS 500MG (A040130100)	4		4		
SEVIKAR 5/20MG FILM COATED TABLETS (B024929100)	4		4		
HEMATONIC F.C.	10		10		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
TABLETS "GCPC" (A023882100)					<p>規定同上。」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：給藥天數不對。</p> <p>(二)複核：0307A。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病人因住○○山區部落，來往交通不便，故配合其下次回診，因而調整用藥天數。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>查所附病歷資料，病人為慢性病患者，申報左列系爭藥品給藥日份為 35 日份，即與首揭 30 日以內用藥量之規定不符，惟健保局僅分別核刪約 3 日至 5 日份藥量，給付已屬從寬，基於行政救濟不得為更不利於申請人之決定，原核定仍予維持。</p>

共通性案例 10

摘要：系爭就醫期間，非重大傷病證明有效期限內，申請人申報病患免部分負擔費用，即與規定不符。

費用年月： 100/02 類別： 門診 案號： 1002004483 流水號： 000070
 科別： 洗腎科 性別： 男性
 診斷： 慢性腎衰竭

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
基本部分負擔	1		1		一、相關規定 (一)全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項及第 2 項規定：「重大傷病證明有效期限，依據全民健康保險重大傷病範圍規定，並以保險人受理日期為重大傷病證明生效日。」及「重大傷病證明有效期限屆滿，保險對象得依第二條規定，重新申請。」。 (二)同辦法第 6 條第 1 項規定：「保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免自行負擔費用之範圍如下：一、重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。二、因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>他治療。三、因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：係依醫療費用 PHE 清單核減明細表(重大傷病)，以 H03(重大傷病證明檔查無此人)，行政核減○○○案 100 年 2 月份門診診療部分負擔費用計 80 點。</p> <p>(二)複核：依全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條規定，此個案 585 卡，99 年 9 月 11 日至 99 年 12 月 10 日，接續 100 年 3 月 18 日至 999 年 12 月 31 日，此費用為 2 月，非 585 重卡期間生效日，依規定不予補付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)病患自 99 年 8 月份起經診斷為 ESRD on regular hemodialysis，且申請重大傷病初次給予 3 個月期限，但病患因 CVA 復健之故，在重大傷病期滿後，並未回申請人醫院再次申請，而是在他院復健洗腎。</p> <p>(二)至今年 3 月份才為病人提出再次</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>申請重大傷病且核准 100 年 3 月 18 日起至永久有效，病人確實自去年至今都需規則洗腎，因申請過程之空窗期，應可視為是為重大傷病患者。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)依卷附資料，病患○○○，申准病名為「慢性腎衰竭須定期透析治療(ICD-9-CM 碼:585)」之重大傷病證明，其有效期間起迄日分別為 99 年 9 月 11 日至 99 年 12 月 10 日及 100 年 3 月 18 日至 999 年 12 月 31 日，系爭就醫期間 100 年 2 月 3 日至 2 月 26 日，非前揭重大傷病證明有效期限內，申請人申報該病患免部分負擔費用，即與前開規定不符，亦為申請人所不予否認，從而健保局依規定不予支付系爭 100 年 2 月份門診診療部分負擔費用計 80 點，核屬有據。</p> <p>(二)綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

共通性案例 11

摘要:就醫之相關診斷、主訴及處置，與其重大傷病證明所載傷病不符，亦非該傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/04 類別： 住院 案號： 1012001033 流水號： 000039
 科別： 家醫科 性別： 女性
 診斷： 精神分裂症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
部分負擔	1		1		<p>一、相關規定：</p> <p>全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項：「保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免自行負擔費用之範圍如下：一、重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。二、因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。三、因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。」</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核:內容不符重大傷病 295 範圍。</p> <p>(二)複核:病歷中對整個療程及摘</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>要，均未提及 295 相關病情，不符 295 範圍。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>患者 100 年 3 月 29 日至 4 月 6 日入住精神科治療完成，又因急診呼吸衰竭併發肺炎轉入內科繼續治療，患者因無家屬照顧，考量病人身無分文，期減輕患者負擔，因有精神科方面疾病，故而使用重大傷病身分。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)本件本會審定認為，依卷附資料，本次就醫之相關診斷、主訴及處置，與其重大傷病證明所載傷病不符，亦非該傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>(二)另申請理由主張：「患者因無家屬照顧，考量病人身無分文，減輕患者負擔，故使用重大傷病身分。」乙節，查全民健康保險與社會救助性質不同，所稱核屬社會救助範疇，尚難執為本案之論據，併予敘明。</p>

共通性案例 12

摘要：未將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印剪貼於病歷紙頁上，並由診治醫師簽名或蓋章，即與規定不符。

費用年月： 99/09 類別： 門診 案號： 0992006153 流水號： 000003
 科別： 耳鼻喉科 性別： 女性
 診斷： 咽之異物

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
急診診察費 (01015C)	1		1		一、相關規定 (一)醫療法第 67 條第 1 項：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」。 (二)醫療法第 68 條第 1 項：「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」。 (三)全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項壹、二、(十一)2. (2)：「以電腦製作病歷時，應將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印剪貼於病歷紙頁上，並由診治醫師簽名或蓋章。病歷影本應為前述病歷之影本。」。

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>二、查所附病歷資料，未將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印剪貼於病歷紙頁上，並由診治醫師簽名或蓋章，即與前揭規定不符，健保局依申請人所送不符前揭規定之病歷資料專業審查，原核定理由「222A 不需 ER」、「fish bone 非須 ER 可等待」，雖有不妥，惟不影響本案審定結果，仍予維持。</p>

共通性案例 13

摘要:病歷未完成開立系爭檢查之醫囑紀錄，與規定不符。

費用年月： 99/08 類別： 住院 案號： 1002002759 流水號： 000024

科別： 小兒科 性別： 女性

診斷： 其他過量溶血所致之周產期黃疸

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
膽紅素總量 (09029C)	3		3		<p>一、相關規定</p> <p>(一)醫療法第 68 條第 3 項規定：「醫囑應於病歷載明或以書面為之。但情況急迫時，得先以口頭方式為之，並於 24 小時內完成書面紀錄。」。</p> <p>(二)全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 15 條第 17 款。</p> <p>二、本件本會審定認為，依卷附資料，申請理由雖略稱：「當初開立醫囑時因一時疏忽而遺漏，故先口頭醫囑吩咐執行再事後開立醫囑，但事後因故而忘記開立，實乃為一時之疏忽，並非實施非必要之檢查」，惟查病歷既未完成開立系爭「膽紅素總量(09029C)」檢查之醫囑紀錄，即與首揭規定</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					不符，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

共通性案例 14

摘要:病人視力紀錄諸多刪改，未具診治醫師簽章，核與規定不符。

費用年月： 99/06 類別： 門診 案號： 1002000462 流水號： 000154
 科別： 眼科 性別： 女性
 診斷： 核硬化性老年性白內障

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
雷射後囊切開術 – 初診 (60013C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)醫療法第 67 條第 1 項：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」</p> <p>(二)醫療法第 68 條第 2 項：「病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗毀。」</p> <p>(三)全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項壹、二、(十一)、2.(3)病歷、處方等若有塗改修正時，依醫療法第六十八條規定，請勿塗毀，而應以畫線刪除，再於其旁修正。修正後再於其旁由該診治醫師簽章。</p> <p>二、查所附病歷資料，病人視力紀錄</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					諸多刪改，未具診治醫師簽章，核與前揭規定不符，且 99 年 6 月 18 日、7 月 9 日雷射前後皆無矯正視力，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

共通性案例 15

摘要:申報系爭門診藥事服務費(05203C)之日期,係於藥師執業登記日期之前,核與規定不符。

費用年月： 100/11 類別： 門診 案號： 1012002615 流水號： 004106
 科別： 牙科行政 性別： 女性
 診斷： 殘留齒根、慢性牙周炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
門診藥事服務費 (05203C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>藥師法第 7 條第 1 項「藥師應向執業所在地直轄市、縣(市)主管機關申請執業登記,領有執業執照,始得執業」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：C87(藥事服務費申報錯誤)。</p> <p>(二)複核：藥師 100 年 11 月 14 日執業登記日,依貴院提供 11 月 8 日調劑費,不符藥師法,不予給付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>此藥師許○○(○○○○○○○○○○○○)確實於執登日之後才施以配藥工作,但此患者乃同一療</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>程案件，分別於 11 月 8 日 (○○○○○○○○○○王○○)、11 月 22 日 (○○○○○○○○○○許○○) 領取藥品，但因健保申報系統藥服費僅能容納一位藥師欄位，實在無法將二名藥師分別放入 (因無二個欄位) 因此本院是最後之藥師為代表申報藥服費。此一問題日後仍會發生，是否能麻煩貴局考慮開放多個欄位，以免再次造成類似狀況，徒增彼此困擾。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>本件本會審定認為，經查所附「行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」，申請人 100 年 11 月 8 日以藥師許○○ (○○○○○○○○○○) 申報系爭門診藥事服務費 (05203C)，惟查行政院衛生署醫事管理系統，藥師許○○ (○○○○○○○○○○) 執業登記日期為 100 年 11 月 14 日，核與前揭規定不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>予維持。</p> <p>五、至申請人主張請健保局考慮開放多個欄位一節，健保局業於 101 年 6 月 5 日以健保醫字第 1010051672 號公告修訂「特約醫事服務機構(門診、住院及交付機構)醫療費用點數申報格式及填表說明(XML 檔案格式)」，並自 101 年 7 月 1 日(費用年月)起實施，併予敘明。</p>

共通性案例 16

摘要:病歷紀錄簡略，且為 copy and paste，無相關治療後病情變化之記載，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/08 類別： 門診 案號： 1012001755 流水號： 012005

科別： 皮膚科 性別： 女性

診斷： 類澱粉病、接觸性皮膚炎及其他濕疹、其他非血小板缺乏性紫斑症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
DIPROSONE CREAM (B011172321)	6		6		查所附資料，病歷紀錄簡略，且為 copy and paste，無相關治療後病情變化之記載，不足以支持需大量使用不同類固醇用藥之合理性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

共通性案例 17

摘要：病歷未有申請理由所稱之相關記載以實其說，另查健保局所核定理由雖有不妥，惟不影響本案審定結果，仍予維持。

費用年月： 100/05 類別： 門診 案號： 1002006905 流水號： 000396
 科別： 家醫科 性別： 女性
 診斷： 其他失眠、焦慮狀態

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
MODIPANOL F.C TABLETS 1MG "SWISS" (A045779100)	28		28		依卷附資料，查系爭就醫日期 100 年 5 月 6 日，處方系爭藥品「MODIPANOL F.C TABLETS 1MG "SWISS" (A045779100)」2 顆 QDHS，給藥 28 天，計 56 顆，健保局初核、複核意見分別以「0336A」、「0332A，modipanol 宜 1 顆 qid 給予」為由，核減 28 顆之費用，申請理由雖略謂：「病人因使用此藥 1 顆 QN 藥效不理想，且使用新用法已一段時日」，惟查病歷未有申請理由所稱之相關記載以實其說，另查行政院衛生署藥品許可證詳細資料，「modipanol tablet 1mg」乃第三級管制藥品，屬於 Benzodiazepine 類之精神鎮靜作用劑，適用於失眠，一般成人之用法為睡前口服 1~2mg，健保局原核定理由「modipanol 宜 1 顆 qid 給

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					予」，雖有不妥，惟不影響本案審定結果，仍予維持。

共通性案例 18

摘要：系爭急診醫學科個案部分，有急診檢傷分級與全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項壹、二、(十)之「台灣急診檢傷急迫度分級量表」所定不符之情形，併請檢討改善，以維護自身權益。

費用年月： 99/11 類別： 門診 案號： 1002004074 流水號： 001614

科別： 急診醫學科 性別： 男性

診斷： 下肢多處部位之開放性傷口，未提及併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第二級 (00202B)	1		1		<p>一、查所附病歷資料，確如健保局審核意見所載，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>二、另，有關係爭急診醫學科個案部分，仍有急診檢傷分級與全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項壹、二、(十)之「台灣急診檢傷急迫度分級量表」所定不符之情形，建請檢討改善，以維護自身權益，併予敘明。</p> <p>例舉如下：○○○案，系爭就醫日 99 年 11 月 27 日急診診察費，依病歷記載，病患在 16 時 05 分自行步入到院，初步診斷為 Lt Thigh Laceration, Complicated wound，申報診斷為 Multiple and</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>unspecified open wound of lower limb, without mention of complication, Vital signs BT:36 °C, HR:118 次/分, RR:20 次/分, BP:131/78 mmHg, GCS 為 E4M6V5, 經局部麻醉清創縫合左大腿開放性傷口及給藥後, 於 16 時 29 分離開急診, 申請人申報急診診察費(按檢傷分類)檢傷分類第二級(00202B), 不符前揭分級量表第二級「潛在性危急生命、肢體及器官功能狀況, 需快速控制與處置」之定義。</p>

共通性案例 19

摘要:施行手術申請急診加成,需為「急診病人因緊急傷病而必需立即手術者」。

費用年月： 99/12 類別： 門診 案號： 1002003017 流水號： 000053
 科別： 婦產科 性別： 女性
 診斷： 腹痛

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
靜脈或肌肉麻醉 (96004C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節通則十一：「急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其『手術費』得按本節所定點數加算 30%」。</p> <p>二、本件本會審定認為，查卷附資料，病患於門診就醫而非急診，且依當日門診就醫紀錄，本案應屬排程手術，與前揭規定不符，無法顯示需給付所請急診加成費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>三、另申請理由雖略稱：「手術時間為 99 年 12 月 11 日 17：00 左右為星期六下午時間，非常規作業時間，故申報加急」云云，惟申請</p>
妊娠超過十二週流產或死胎刮宮術 (81007C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					急診加成，需為「急診病人因緊急傷病而必需立即手術者」為前揭支付標準所明定，申請人所稱核有誤解，併予敘明。

共通性案例 20

摘要:使用 SEROQUEL 仍屬 Off-label use，不符全民健康保險藥品給付規定，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/09 類別： 門診 案號： 1002002071 流水號： 000454

科別： 神經科 性別： 男性

診斷： 無併發症之老年期癡呆症、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制、未提及腦梗塞之腦動脈阻塞

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
SEROQUEL TABLETS 25MG (B022543100)	28		28		查所附病歷資料，本案係為 Dementia 行為異常，與精神分裂症（表現有妄想等）不同，且病歷無精神分裂症等相關診斷記載，雖 Dementia 可視為器質性精神病，惟使用系爭藥物仍屬 Off-label use(仿單核准適應症外的使用)，系爭用藥不符全民健康保險藥品給付規定通則七：「本保險處方用藥，需符合中央衛生主管機關核准藥品許可證登載之適應症」及 1.2.2.2.1(1)，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

共通性案例 21

摘要:健保局複核認為已逾 60 日之申復期限而不予受理，有申請人掛號函件執據附卷可稽，健保局核定並無不合。

費用年月： 101/02 類別： 門診 案號： 1012004175 流水號： 000056
 科別： 行政審查 性別： 女性
 診斷： 慢性肝炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (00158C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 31 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由申復，保險人應於受理申復文件之日起六十日內核定」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核</p> <p>健保局 101 年 4 月 20 日健保○字第 1012314662 號函要旨：申請人 101 年 2 月份門診醫療費用業經核定，對核定結果如有異議，請於核定通知到達之日起 60 日內，備述理由申請複審，並以一</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>次為限，逾期視同自願放棄。</p> <p>(二)複核</p> <p>健保局 101 年 7 月 13 日健保○字第 1011621419 號函要旨：101 年 2 月份門診醫療費用案，核定函發文日為 101 年 4 月 20 日(文到日 101 年 4 月 24 日)，惟申請人於 101 年 6 月 30 日(郵戳日)始提出申復，已逾申請複審期限，該局無法受理。</p> <p>(三)意見書</p> <p>101 年 2 月份醫療費用核定函申請人於 101 年 4 月 24 日簽收，申請人 101 年 6 月 30 日(郵戳日)提出申復，已逾申復期限。</p> <p>三、本會審定理由</p> <p>查本件申請人申報 101 年 2 月份門診醫療費用事件，經健保局以 101 年 4 月 20 日健保○字第 1012314662 號函核定，並於 101 年 4 月 24 日投遞成功，有申請人 101 年 4 月 24 日收文章戳資料附卷可稽，而申請人遲至 101 年 6 月 30 日始以掛號函件郵寄提起申復，此亦有申請人掛號函件執據附卷可稽，且以上均為申請人</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					所不爭，則健保局複核認為本件101年2月份門診醫療費用已逾60日之申復期限而不予受理，揆諸首揭規定，並無不合，應予維持。

貳、牙醫案例

牙醫案例 1

摘要:就醫日之病歷紀錄，無診治醫師簽章，不符規定。

費用年月： 99/07 類別： 門診 案號： 1002000395 流水號： 000149

科別： 牙科 性別： 男性

診斷： 慢性齒齦炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
年度初診 X 光檢查 (01272C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)醫療法第 68 條第 1 項：「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日」。</p> <p>(二)醫師法第 12 條第 1 項：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日」。</p> <p>(三)全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項第 6 點：「診療記錄應由醫師親自記載，並簽名或蓋章」。</p> <p>二、經查所附原送審病歷資料，系爭就醫日期 99 年 7 月 26 日之病歷紀錄，無診治醫師簽章，不符前揭規定，無法顯示需給付所請費</p>
牙結石清除—全口 (91004C)	1		1		
牙周疾病控制基本處置 (91014C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>三、另申請人雖主張「縱令本件送核案件僅涉缺漏診治醫師簽章，應予補正簽章，至多為核扣之處理，而不宜依代碼表內其他事由，予以不支付或刪減之處理，當然亦無放大回推之處理」云云，惟按保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣以隨機抽樣為原則，得採論人歸戶抽樣或論件抽樣，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推，為「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第 16 條第 1 項、第 2 項及其附表二所明定，所稱核有誤解。又發現所附資料非原送審文件之正本，建請貴診所改善，以維護自身權益，併予敘明。</p>

牙醫案例 2

摘要:病人齒位刪改，未載明日期，核與規定不符。

費用年月： 100/09 類別： 門診 案號： 1012001232 流水號： 000330

科別： 牙科 性別： 女性

診斷： 牙周病、牙齒磨損

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審議結果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
前牙複合樹脂充填- 單面 (89004C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)醫療法第 68 條第 2 項：「病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗燬。」</p> <p>(二)全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項第 1 點中段：「病歷內頁記載診療內容，經送審核刪後，診療內容不得修改後再申復」。</p> <p>二、本件本會審定認為，依卷附資料，健保局複核意見為「檢附病歷內容並未更正為 22」，申請理由雖略稱：「檢附紙本病歷更正後影本」，惟本會僅就保險人(健保局)依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，本會不予認定，且查所附病歷資料，病人齒位刪改，未載明日期，核與前揭規定不符，更何況申請人亦未檢附向健保局更正牙位之「行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」供核，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

牙醫案例 3

摘要：由同一診治醫師併行一般診療與兒童牙齒塗氟保健服務，另行申報診察費，核與規定不符。

費用年月： 99/10 類別： 門診 案號： 1002001876 流水號： 000342
 科別： 牙科 性別： 女性
 診斷： 齲齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
符合加強感染控制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤20)－未開處方或處方由本院所自行調劑(00130C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險醫療費用支付標準第三部牙醫通則一：「醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目」。</p> <p>(二)全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則八：「預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：C86 兒童牙齒塗氟保健服務重覆診察費申報錯誤。</p> <p>(二)複核：依支付標準表第二部通則八規定，塗氟當次不得申報診察費。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>費，且應註明為何種藥劑、濃度。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>所申報之診察費乃因病患主訴為齲齒，而且也做了齲齒之填補，原本建議病患是否約診做塗氟之預防保健，但病童家屬不能接受當次填補齲齒不得塗氟之規定，而當次有診斷出齲齒，且做了治療，為何不能開立診察費。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>查所附病歷資料，本件係由同一診治醫師併行一般診療與兒童牙齒塗氟保健服務，申報診察費不符前揭規定。</p> <p>五、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無合，應予維持。</p>

牙醫案例 4

摘要:拆線與牙周骨膜翻開術，屬同一療程，且為申請人所不爭執，申報系爭診察費，核與規定不符。

費用年月： 99/04 類別： 門診 案號： 1002000285 流水號： 000235
 科別： 牙科 性別： 男性
 診斷： 牙周病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
符合加強感染控制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(<=20)－未開處方或處方由本院所自行調劑 (00130C)	1		1		一、相關規定 (一)全民健康保險醫療費用支付標準第三部牙醫通則 1:「醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目」。 (二)全民健康保險醫療費用支付標準第二部西醫第一章基本診療第一節門診診察費通則 11:「全民健康保險醫療辦法第十二條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次」。 (三)全民健康保險醫療辦法第 11 條第 3 項:「同一療程，係指下列診療項目，自首次治療日起至次月底前，施行之連續治療療程：術後拆線」及第 4 項:「牙醫同部位
拆線 每次(92005C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>之根管治療，其同一療程，係指自首次治療日起 60 日內，施行之連續治療療程」。</p> <p>(四)全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「牙周骨膜翻開術－1/3 顎 (91010B)」附註 2：「費用包括手術費、X 光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及 14 天內之術後診察、處置費用」。</p> <p>二、查所附病歷資料，分述如下：</p> <p>(一)系爭就醫日期 99 年 4 月 12 日所施行 #LR 之拆線，係與 99 年 3 月 19 日所施行 #LR 之「牙周骨膜翻開術－1/3 顎」(91010B)，屬同一療程，依前揭規定意旨，同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次，且為申請人所不爭執，申報系爭診察費(00130C)，不符前揭規定。</p> <p>(二)又依前揭規定，91010B 已內含系爭 92005C 項目費用，且申請人已自承「此申報應屬行政上之失誤所致」。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

牙醫案例 5

摘要:經顎部拔除上顎贅生牙，使用顎手術夾板，惟無符合此項處置之健保申報碼，宜依程序向健保局提出申請，不宜逕以鋼線固定(上顎或下顎固定術) 4 齒以上 (92008B) 申報。

費用年月： 100/10 類別： 門診 案號： 1012001971 流水號： 000879

科別： 口腔顎面外科 性別： 女性

診斷： 贅生齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
鋼線固定(上顎或下顎固定術) 4 齒以上 (92008B)	1		1		查所附資料，係經顎部拔除上顎贅生牙，使用顎手術夾板，惟無符合此項處置之健保申報碼，宜依程序向健保局提出申請，核屬全民健康保險醫療費用支付標準訂定政策範疇，不宜逕以鋼線固定(上顎或下顎固定術) 4 齒以上 (92008B) 申報，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

牙醫案例 6

摘要：申請人將系爭項目申報為已刪除之診療項目，即有未洽。且依術後照片無法佐證為咬合板，病歷亦無申請理由所稱處置過程之相關記載，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/04 類別： 門診 案號： 1002004709 流水號： 000699

科別： 牙科 性別： 男性

診斷： 顫頷關節疾患

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
咬合板治療 (92053A)	1		1		<p>一、查全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「咬合板治療(92053A)」，健保局於100年4月15日以健保醫字第1000072832號令刪除，並改列為「92053B」一項，且溯及100年4月1日施行，先予陳明。</p> <p>二、本件本會審定認為，依卷附資料，系爭費用年月為100年4月，申請人於100年5月3日將系爭項目申報為已刪除之92053A診療項目，即有未洽。且依術後照片無法佐證為咬合板，病歷亦無申請理由所稱處置過程之相關記載，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

牙醫案例 7

摘要：原送審病歷未依規定記載牙周狀況，核與全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項不符。

費用年月： 100/05 類別： 門診 案號： 1002005611 流水號： 000137

科別： 牙科 性別： 男性

診斷： 口腔炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
環口全景 X 光初診 診察 (01271C) 改核 牙科門診診察費 (00122C) 之給付	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，確如健保局審核意見所載，原送審病歷未依規定記載牙周狀況，核與全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項第 41 點第 3 項不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

牙醫案例 8

摘要：申報根管治療之診療項目，未依規定檢附所需 X 光片供核，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/11 類別： 門診 案號： 1012002035 流水號： 000213

科別： 牙科 性別： 男性

診斷： 齲齒、齒髓炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
根管開擴及清創 (90015C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「根管開擴及清創(90015C)」註1前段：「單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前 X 光片以為審核」。</p> <p>(二)前項支付標準診療項目「乳牙多根管治療(90018C)」附註3：「申報費用時，需附治療前與治療後 X 光片以為審核」。</p> <p>(三)全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項第24點：「(一)若病人情況特殊『如過動兒(須檢附醫院診斷證明)、智障兒童(須檢附殘障手冊或精神科診斷證明)等有相關證明者』施行 X 光攝影有困難，得於病歷上詳細記載，方</p>
乳牙多根管治療 (90018C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>免附 X 光片而予以個案方式審查」。</p> <p>二、查卷附資料，確如健保局審核意見所載，未依前揭規定檢附所需 X 光片供核，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

牙醫案例 9

摘要：病歷未記載診斷之傷病名稱，與「全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項」規定不符，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/12 類別： 門診 案號： 1012001891 流水號： 000007

科別： 牙科 性別： 女性

診斷： 牙周病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙結石清除—全口 (91004C)	1		1		本件本會審定認為，查卷附資料，確如健保局審核意見所載，病歷未記載診斷之傷病名稱，與「全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項」第 14 點規定不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
牙周疾病控制基本處置(91014C)	1		1		

牙醫案例 10

摘要:未依規定記載 OHI 相關事項，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/04 類別： 門診 案號： 1002004967 流水號： 000036

科別： 牙科 性別： 女性

診斷： 慢性牙周炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙結石清除—全口 (91004C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「牙結石清除-全口(91004C)」註3:「牙結石清除需作潔牙說明，其後作刷牙複習」。(健保局於100年4月15日以健保醫字第1000072832號令修正，且溯及100年4月1日施行，修正前為:「第一次洗牙需作潔牙說明，其後作刷牙複習」)</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：支付標準表明定洗牙需作潔牙說明(OHI)。</p> <p>(二)複核：依規定需加註並執行OHI。</p> <p>(三)意見書：違反支付標準表之附註規定。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>三、本件本會審定認為，查卷附病歷資料，未依前揭規定記載 OHI 相關事項，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>四、另申請人雖主張「本所約於 5 月接獲○○○牙醫師公會通知『有關洗牙加註 OHI 之處理』，本案為接獲通知前之案件，健保局處以核扣及回推放大 10 倍（\$138,000）之核減，實屬不合理」云云，惟查旨揭規定，無論健保局公告修正前後，施行系爭項目均應作 OHI（含潔牙說明或刷牙複習），且按保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣以隨機抽樣為原則，得採論人歸戶抽樣或論件抽樣，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推，為「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第 16 條第 1 項、第 2 項及其附表二所明定，所稱核有誤解，併予敘明。</p>

牙醫案例 11

摘要:無潔牙說明或刷牙複習之相關記載,尚難佐證是否完成系爭處置,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/03 類別： 門診 案號： 1002006764 流水號： 000083

科別： 牙科 性別： 女性

診斷： 慢性齒齦炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙結石清除—全口 (91004C)	1		1		查所附病歷資料,確如健保局審核意見所載,無潔牙說明或刷牙複習之相關記載,尚難佐證是否完成系爭處置,自無法顯示需給付所請費用之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。

牙醫案例 12

摘要：前齒根尖切除術係屬口腔顎面外科之轉診加成項目，診治醫師接受轉診科別為牙髓病科，不符規定，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/07 類別： 門診 案號： 0992005342 流水號： 000394
 科別： 牙科 性別： 女性
 診斷： 根尖周圍膿瘍併膿竇

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
前齒根尖切除術 (92030C)	2		2		一、相關規定 (一)全民健康保險醫療費用支付標準第三部牙醫通則五：「牙科門診之專科轉診加成作業，依『全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點』執行」。 (二)全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點第四點醫療院所接受轉診之資格及作業限制：「1.具備完整牙醫專科之各級特約醫療院所，可申報本作業要點所列全部專科別之轉診加成，但須事先報備。2.未具備完整牙醫專科之各級醫療院所，其經報准之牙醫專科得申報轉診加成。」，其作業說明如下：「1.報備之受理單位為中華民國牙醫師

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>公會全國聯合會（牙醫師全聯會）。2.醫療院所之專科別（分為牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、兒童牙科及牙體復形科）以向牙醫師全聯會報備為準。3.每一位牙醫師僅能以一項專科別向牙醫師全聯會報備，且申報該項專科以外之案件不得超過全部30%」。</p> <p>二、依卷附資料，診治醫師○○○接受轉診科別為牙髓病科，惟查本件系爭前齒根尖切除術（92030C）係屬口腔顎面外科之轉診加成項目，申報系爭項目轉診加成費用之診治醫師○○○，為牙髓病科，不符前揭規定，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

牙醫案例 13

摘要:申請人於牙周病統合性治療第二階段療程未結束即先申報 P4002C，且自完成牙周病統合性治療第二階段療程，至施行系爭 P4003C 處置，未滿 4 週，核與規定不符，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/05 類別： 門診 案號： 1002005762 流水號： 000048
 科別： 牙科 性別： 女性
 診斷： 牙周病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙周病統合性治療 第三階段給付 (P4003C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫診療項目「牙周病統合性治療第三階段給付 (P4003C)」註 2:「本項於申報牙周病統合性治療第二階段給付後 4 週後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上且無非適應症之拔牙時方得核給」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：C36 (不可併同申報項目)。</p> <p>(二)複核：依牙周病統合照護計畫，申報 P4002C 第二階段給付 4 週</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>後，始可申報 P4003C，100 年 4 月 30 日至 100 年 5 月 27 日未滿 4 週。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>本院深感困擾，100 年 4 月 22 日申報 P4002C 到 100 年 5 月 27 日申報 P4003C，期間共 35 日，早已超過健保局 4 週規定。</p> <p>四、健保局提具意見要旨</p> <p>同複審意見，雖然爭審理由認為 100 年 4 月 22 日申報 P4002C，但病歷記載，實際執行完成日期為 100 年 4 月 30 日，故未滿 4 週，不符合規定。</p> <p>五、本會審定理由</p> <p>有關牙周病統合性治療第二階段給付（P4002C）之給付申請，應於第二階段同一療程治療結束後始可申報，再進行牙周病統合性治療第三階段給付（P4003C）之治療。經查卷附資料，病人於 100 年 4 月 22 日進行牙周病統合性治療第二階段療程之第一次治療，至 100 年 4 月 30 日始完成牙周病統合性治療第二階段療程，惟申請人先於 100 年 4 月 22 日申報</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					P4002C，即有不合，且病人自 100 年 4 月 30 日完成牙周病統合性治療第二階段療程，至 100 年 5 月 27 日施行系爭處置，未滿 4 週，核與前揭規定不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

參、中醫案例

中醫案例 1

摘要:病情之敘述過於簡略，四診不完整，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/12 類別： 門診 案號： 1002004380 流水號： 001222

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 消化不良及其他特定胃功能性疾患

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (A01)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，病情之敘述過於簡略，四診不完整，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 2

摘要:處方用藥與診斷不符，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/12 類別： 門診 案號： 1002003243 流水號： 400362

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 過敏性鼻炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (A01)	1		1		本件本會審定認為，依卷附病歷資料，處方用藥與診斷不符，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 3

摘要:無外感之症狀,惟有急性上呼吸道感染之診斷,不符臨床醫療常規,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/04 類別： 門診 案號： 1002004177 流水號： 000121

科別： 中醫科 性別： 男性

診斷： 良性本態性高血壓、急性上呼吸道感染，其他多處部位、血尿

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (A01)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，無外感之症狀，惟有急性上呼吸道感染之診斷，不符臨床醫療常規，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 4

摘要:傷處雖不同,但於 6 次之針傷療程內,2 種傷病診斷可並存,不宜另行申報診察費。

費用年月： 100/02 類別： 門診 案號： 1002004039 流水號： 000194
 科別： 中醫科 性別： 男性
 診斷： 肩部挫傷

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (A01)	1		1		本件本會審定認為,依卷附資料,申請理由雖略稱:「病人於 100 年 1 月 18 日、1 月 25 日、2 月 8 日足底筋膜炎就醫,與 100 年 2 月 19 日左肩部挫傷非屬同一療程治療,應重新給予診察」,惟查病歷紀錄,確如健保局審核意見所載,且傷處雖不同,但於 6 次之針傷療程內,2 種傷病診斷可並存,不宜另行申報診察費,無法顯示需給付所請費用之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。

中醫案例 5

摘要：中醫辨證論治，應有望、聞、問、切四診合參之治療，惟脈象皆為定型化相同內容，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/11 類別： 門診 案號： 1002001769 流水號： 101270
 科別： 中醫科 性別： 男性
 診斷： 流行性感冒併其他表徵

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (A04)	1		1		<p>一、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：11 月份抽審 57 份病歷中之脈象，56 份左：浮、數、弱，右：浮、數、弱，舌：赤；1 份左：浮、數、弱，右：浮、數、弱，舌：灰，病歷脈象太定型化。111C、112C、103C。</p> <p>(二)複核：歉難補付，由於舌脈象 56 件均為浮、數、弱，且與首頁病歷不符，病情紀錄上有點出入，且不同的疾病不因時間差異，均有相同之舌脈象，不合常理。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>本人確實親自看診、辨證論治、合理給藥。脈象舌診乃非必要繕寫項目，大家如此，○○中醫部</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>也未填寫。我只認為不重要，未加落實，看病給藥實屬事實。</p> <p>三、本會審定理由</p> <p>本件本會審定認為，查中醫辨證論治，應有望、聞、問、切四診合參之治療，惟依卷附渠等病歷資料，脈象均載為：「左：浮、數、弱，右：浮、數、弱，舌：赤」，皆為定型化相同內容，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

中醫案例 6

摘要:依病情記載，病況未穩定，處方 21 日用藥，不符醫療常規，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/09 類別： 門診 案號： 1012000966 流水號： 400329

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 情感性精神分裂症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
每日藥費 (A21)	14		14		查所附病歷資料，依病情記載，病況未穩定，處方 21 日用藥，不符醫療常規，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 7

摘要:失眠非屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病，給藥天數不得超過7日。

費用年月： 99/05 類別： 門診 案號： 0992005233 流水號： 000207
 科別： 中醫科 性別： 女性
 診斷： 非器質性睡眠障礙、失眠

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
每日藥費 (A21)	21		21		本件本會審定認為，依卷附資料，病患為失眠，惟查失眠非屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 8

摘要:雖為過敏性鼻炎之慢性病患者,且檢附預定出國超過一個月之機票證明,惟申請人並非開立慢性病連續處方箋調劑,卻一次處方用藥 60 日藥量,不符規定。

費用年月： 99/12 類別： 門診 案號： 1002002415 流水號： 400410
 科別： 中醫科 性別： 男性
 診斷： 過敏性鼻炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
每日藥費 (A21)	30		30		一、相關規定 (一)全民健康保險醫療辦法第 18 條規定：「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時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，醫師得開給慢性病連續處方箋。」。 (二)同前辦法第 35 條規定：「本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量；對於慢性病人，按病情需要，一次得給予三十日以內之用藥量。」。 (三)同前辦法第 39 條規定：「保險對

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前七日內，始得憑原處方箋再次調劑。前項保險對象如預定出國超過一個月，或為遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務，得於領藥時出具機票或出海等相關證明文件，先行領取下個月之用藥量。但當次之全部給藥量以二個月為限。」。</p> <p>二、健保局初核、複核意見：502C 不符審查注意事第 2 條之規定；302C 適應症/種類/用量(劑量/天數等)不符藥品/給付一般通則規定。</p> <p>三、查所附病歷資料，病人為過敏性鼻炎之慢性病患者，申請理由雖稱：「4779 為慢性病，病人附機票出國證明，取 60 天藥。」，惟本案申請人並非開立慢性病連續處方箋調劑，卻一次處方用藥 60 日藥量，不符首揭規定，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

中醫案例 9

摘要：病歷記載與診斷不符，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/11 類別： 門診 案號： 1012001693 流水號： 000033

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 腹壁挫傷

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
針灸治療處置費(含 材料費)－未開內服 藥 (B42)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，病歷記載與診斷不符，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 10

摘要:就醫頻繁，又無療效之描述，且針灸穴位連續數日相同，有違醫療常規，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/07 類別： 門診 案號： 1012001664 流水號： 000002

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 關節痛，前臂、筋膜炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
針灸治療處置費(含材料費)－未開內服藥 (B42)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，就醫頻繁，又無療效之描述，且針灸穴位連續數日相同，有違醫療常規，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 11

摘要:同一療程之針灸治療處置,健保卡就醫序號申報錯誤,且申報之就醫日期及治療結束日期,與門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明不符,亦與申請理由所稱不合。

費用年月： 99/07 類別： 門診 案號： 0992005874 流水號： 000016
 科別： 中醫科 性別： 男性
 診斷： 未提及腦梗塞之腦動脈阻塞

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
針灸治療處置費(含材料費)-未開內服藥 (B42)	1		1		一、相關規定 (一)全民健康保險醫療辦法第 11 條。 (二)門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明註 6:同一療程、排程檢查及就醫日期及治療結束日期補充說明 2.略以：同一療程個案僅得於就醫日期於健保 IC 卡累計一次就醫次數，並於治療結束後集中申報費用（復健治療除外），並應填寫「就醫日期」及「治療結束日期」，診察費僅可列報乙筆。如療程在當月實施，應於治療結束後合併申報；「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，「治療結束日期」應填寫該療程治療之迄日。 如療程跨月實施，得俟療程結束

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>後合併申報或按月分別申報，診察費均僅可列報乙筆。惟按月分別申報者，「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，「治療結束日期」應填寫該月療程之迄日。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：C58(針灸、傷科及脫臼整復需連續治療同一療程超出 6 次)。</p> <p>(二)複核：未依規定申報及申報錯誤之費用，維持原審不予補付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)依貴局給付規定施行針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，主治醫師得視保險對象病情需要，健保卡每格最多可酌予治療 6 次。</p> <p>(二)此病患於 990705 於本院中醫門診就醫後，因病情所需以療程方式施行針灸治療，此為第 1 次，依序治療日期為 990709 (第 2 次)、990712 (第 3 次)、990716 (第 4 次)、990719 (第 5 次)、990723 (第 6 次)。</p> <p>(三)本院申報療程第 1 次～第 5 次(診</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>療期間 990705~990719)，其中申報案件為 26，流水號為 62，共申報 5 次 B42；療程最後一次（第 6 次）（990723），申報案件為 26，流水號為 16，共申報 1 次 B42，故 B42 次數加總共 6 次，990723 之 B42 實屬 990705~990723 之療程中之最後一次，並未有療程次數超過 1 次。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>本件本會審定認為，依卷附資料之病歷顯示，病患 99 年 7 月 5 日施行針灸處置(第 1 次)，卡號為 16；99 年 7 月 9 日(第 2 次)，卡號 16-2；99 年 7 月 12(第 3 次)，卡號 16-3；99 年 7 月 16(第 4 次)，卡號 16-4；99 年 7 月 19 日(第 5 次)，卡號 16-5；99 年 7 月 23 日(第 6 次)，卡號卻為 17-6；而依所附行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單顯示本案申報之就醫日期及治療結束日期為 98 年 6 月 5 日至 99 年 7 月 23 日，申報顯與前揭規定不符，與申請理由所稱亦不合。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>五、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>六、另查「公立醫療院所辦理全民健康保險醫療業務被核減應收醫療帳款帳務處理要點」第三點規定：「各公立醫療院所向健保局申請複審而未獲補付時，應先將案件送交各該院所醫療品質審議委員會或相關委員會審議，審核結果確不符補付要件者，應通知有關人員改善；如確認理由充足，再據以向爭審會申請審議，以加強醫院之內部管理責任。」，併予敘明。</p>

中醫案例 12

摘要：中醫傷科治療同一療程期間分次開給藥品，應採分次（單次）計收藥品部分負擔，並合併申報方式。

費用年月： 99/04 類別： 門診 案號： 0992004907 流水號： 000311
 科別： 中醫科 性別： 女性
 診斷： 筋膜炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
藥品部分負擔	40 點		40 點		一、相關規定 (一)行政院衛生署 94 年 6 月 17 日衛署健保字第 0942600244 號公告修訂「全民健康保險保險對象應自行負擔門診費用」二、全民健康保險門診藥品應自行負擔之費用，其中藥品費用 401~500 元及 801~900 元之應自行負擔費用分別為 80 元及 160 元。 (二)健保局 97 年 4 月 11 日健保醫字第 0970021766 號函要旨如下： 有關中醫傷科治療同一療程期間另開給內服藥，藥品部分負擔計收申報疑義案，中醫傷科治療同一療程期間如另分次開給藥品者，應依規定計收藥品部分負擔，同時為配合同一療程之申報方式

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>，同意可採分次方式計收，合併申報(跨月實施者，得按月分別申報)。</p> <p>二、查卷附資料，本件係中醫傷科治療同一療程期間分次開給藥品，依首揭函示，應採分次(單次)計收藥品部分負擔，並合併申報方式，申請理由雖略稱「該患者此次療程起、訖日為4月8日-4月26日，其中4月12日及4月26日申報B43【電針治療-另開內服藥】，申報藥費分別為420元、840元，本院收取藥費分別為80元、120元」，惟查其中99年4月26日藥費840元，部分負擔應收160元，申請人僅收120元，即與前揭公告不符，健保局核減40元之原核定並無不合，應予維持。另所稱「本院乃依規定採分次計收，合併申報，但需符合健保藥品自行負擔原則，最高以200元計收(不得超收)，本院申報無誤。」乙節，核有誤解，爾後請依規定計收，以免損及貴院權益，併予敘明。</p> <p>三、綜上，無法顯示需給付所請費用</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

肆、西醫案例

內科系案例 1

摘要:依行為時全民健康保險醫療費用支付標準,業已明定,縱健保局修正「醫療費用申報問答集」,並不影響本案依法審定之結果。

費用年月： 99/07 類別： 住院 案號： 0992005829 流水號： 000446

科別： 心臟血管內科 性別： 女性

診斷： 自體的冠狀動脈粥樣硬化、居間冠狀動脈徵候群、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
冠狀動脈攝影 (18022B)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「經皮冠狀動脈擴張術—二條血管(33077B)」附註5：同次住院實施經皮冠狀動脈擴張術不論同時或分段做「診斷性心導管檢查」,僅能申報經皮冠狀動脈擴張術及一次心導管(18020B或18021B),而不得申報冠狀動脈造影(18022B)、冠狀動脈血管內超音波(18043B)。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：C36。(不可併同申報項目)</p> <p>(二)複核：依支付標準規範18022B</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>不得和 33077B 同時申報。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)關於 99 年 7 月 1 日修訂之「全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項」，與全民健康保險醫療費用支付標準所定經皮冠狀動脈擴張術適應症之疑義，健保局「醫療費用申報問答集」：「應以 99 年 7 月 1 日新修訂之內科審查注意事項為參考：文中提及之（五）其他注意事項中將第 8 項條文：『實施經皮冠狀動脈擴張術』（編號 33076B-33078B）無論同時或分段做『診斷性心導管檢查』（編號 18020B-18022B），僅能另行申報一次心導管（18020 B 或 18021 B），不能另行申報冠狀動脈攝影（18022 B）條文已刪除。另相關之規定請依 TW-DRG 規定辦理」。</p> <p>(二)本院完成 99 年 7 月份費用申報，出現行政錯誤報表時，經院所解釋說明依循原則時，健保局才將上開修正為「應以 99 年 7 月 1 日新修訂之內科審查注意事項為參考：文中提及之（五）其他注意事項中將第 8 項條文：『實施經</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>皮冠狀動脈擴張術』(編號33076B-33078B)無論同時或分段做『診斷性心導管檢查』(編號18020B-18022B),僅能另行申報一次心導管(18020B或18021B),不能另行申報冠狀動脈攝影(18022B)條文已刪除。惟支付標準另有規定時仍請依該規定辦理」。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)本件本會審定認為,依行為時全民健康保險醫療費用支付標準,業已明定「同次住院實施經皮冠狀動脈擴張術不論同時或分段做『診斷性心導管檢查』,僅能申報『經皮冠狀動脈擴張術及一次心導管(18020B或18021B)』,而不得申報『冠狀動脈造影(18022B)、冠狀動脈血管內超音波(18043B)』。」。</p> <p>(二)縱健保局修正「醫療費用申報問答集」,並不影響本案依法審定之結果,申請人所稱核不足採。</p> <p>(三)綜上,均無法顯示需給付所請費用之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。</p>

內科系案例 2

摘要:對稱器官之檢查,各項目所定點數,除有特殊規定者外,係指兩側器官之檢查。

費用年月： 100/02 類別： 門診 案號： 1002005838 流水號： 026351
 科別： 內分泌科 性別： 男性
 診斷： 非毒性單一結節性甲狀腺腫

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
穿刺細胞檢查 (15007B)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第一節通則三:「對稱器官之檢查,各項目所定點數,除有特殊規定者外,係指兩側器官之檢查」。</p> <p>二、本件本會審定認為,查卷附資料,縱如申請理由所稱:「病人接受甲狀腺超音波檢查,發現兩側均有結節,因此對兩側結節作抽吸細胞檢查」,惟申請人申報系爭項目總量為 2,與前揭規定不符,且健保局原給付量,已足數所需,無法顯示需給付所請費用之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。</p>

內科系案例 3

摘要：系爭就醫日期當日處方腹部超音波檢查，惟與所附超音波檢查影像上之日期不符，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 101/02 類別： 門診 案號： 1012002560 流水號： 001258

科別： 內科 性別： 女性

診斷： 消化性潰瘍，未提及出血、穿孔或阻塞、慢性肝炎、食道回流

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
腹部超音波 (19001C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)醫療法第 67 條規定：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。」。</p> <p>(二)醫療法第 68 條第 3 項規定：「醫囑應於病歷載明或以書面為之。但情況急迫時，得先以口頭方式為之，並於二十四小時內完成書面紀錄。」。</p> <p>二、健保局審核意見</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(一)初核：0103A、0308A。</p> <p>(二)複核：超音波影像上之日期為101年2月18日，與報告之日期及申報日期不符。</p> <p>三、申請人主張</p> <p>(一)申復理由要旨</p> <p>患者因其B肝無定期追蹤，所以安排腹超檢查，在打報告時，將就診日期誤植為101年2月18日，現附上訂正過之腹超報告。</p> <p>(二)申請爭議審議理由要旨</p> <p>病人101年2月18日至本診所就醫時有做腹部超音波檢查，當時漏了申報，所以於同年2月21日就診時補申報。</p> <p>四、本件本會審定認為，查卷附資料，系爭就醫日期為101年2月21日，當日處方腹部超音波檢查，惟所附超音波檢查影像上之日期卻為101年2月18日，確如健保局審核意見所載，申請人雖略謂：「病人101年2月18日至本診所就醫時有做腹部超音波檢查」，然其病歷並未記載處方腹部超音波檢查，顯已悖離前揭法</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>條規範，自不得以誤植、漏報為由，而冀邀免責。綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

內科系案例 4

摘要：系爭就醫日之看診醫師與血液透析日之診察醫師為同 1 人，考量病患每月至申請人診所 HD 多次，無於非血液透析日再至內科門診由同醫師診察之必要性。

費用年月： 100/01 類別： 門診 案號： 1002002754 流水號： 260003

科別： 內科 性別： 女性

本態性高血壓、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併
 診斷： 發症，未敘述為無法控制、慢性缺血性心臟病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (00158C)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，申請理由雖略稱：「病患為固定星期二、四、六(或星期一、三、五)血液透析，本次門診就診日為 100 年 1 月 26 日，非血液透析日，不知為何診察費不給付，藥同意給付」，惟查系爭就醫日之看診醫師與血液透析日之診察醫師同為「○○○」，考量病患每月至申請人診所 HD 10 餘次，即可併行相關診療，無於非血液透析日再至內科門診由同醫師診察之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

內科系案例 5

摘要：系爭藥品屬尿毒症相關治療藥品，依規定，其費用已內含於血液透析費用內，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/01 類別： 門診 案號： 1002006693 流水號： 016961

科別： 腎臟內科 性別： 男性

診斷： 慢性腎衰竭、其他特定之老年期精神病態、併有併發症之第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
THRONE ENTERIC SUGAR COATED TABLETS 100MG "YUNG SHI (A027011100)	56		56		一、相關規定 (一)84年8月10日健保醫字第84012705號函要旨：血液透析費用乃按次支給之定額給付方式，其所定點數內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料及特殊藥劑等費用，故透析患者常用之藥品：如降血壓藥物、心臟病藥物、保肝片、維他命、胃腸藥及緩解症狀之常用藥品，簡單感冒藥暨相關常規檢查(生化、血、尿、糞便、心電圖)等，均已包含於血液透析費用內，至於與尿毒症治療無關之藥品、處置及緊急輸血、EPO之費用得另外申報。
FOLACIN F.C. TABLETS 5MG (FOLIC ACID) "JOHNSON" (鋁箔/膠箔) (AC346701G0)	28		28		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(二)97年8月25日健保醫字第0970002488號函要旨：血液透析病患因尿毒症相關治療之相關藥費，應屬該次血液透析治療之內含費用；透析病患需使用何種藥物，屬臨床專業範疇，仍宜由專業判斷及遵循臨床治療指引。</p> <p>(三)全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項貳、二、(五)1.「血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內。」。</p> <p>二、查卷附資料，系爭藥品為維他命及緩解症狀之常用藥品，屬尿毒症相關治療藥品，依前揭規定，其費用已內含於血液透析費用內，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

內科系案例 6

摘要:所附之他院藥袋調劑日期至系爭就診日期間,病歷未呈現病情變化之相關記載,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/07 類別： 門診 案號： 0992005366 流水號： 000003
 科別： 內科 性別： 女性
 診斷： 末梢血管疾病、慢性腎衰竭

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
PLETAAL TAB. 50 (A044136100)	28		28		本件本會審定認為，依卷附資料，申請理由雖略以：「患者有慢性腎衰竭，一周 3 次洗腎，因腳有間歇性跛行及抽筋，前往○○醫院就診，診斷為下肢血管疾病，予以 PLETAAL 治療，因路途遙遠，故就近在本診所開立，有附○○藥袋證明」，惟查所附之○○醫院藥袋調劑日期 2007/12/26(即 96 年 12 月 26 日)至系爭就診日(99 年 7 月 1 日)期間，病歷未呈現病情變化之相關記載，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

內科系案例 7

摘要:病歷記載之病患臨床表現，不足以支持施行系爭檢驗之必要性。

費用年月： 99/06 類別： 門診 案號： 0992006566 流水號： 000154

科別： 內科 性別： 女性

診斷： 腰痛、肌痛及肌炎、慢性腎絲球腎炎，併腎臟病理學上之病灶

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
總膽固醇 (09001C)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，查腎病症候群患者之蛋白尿，於水腫及低白蛋白血症情況下，會產生高膽固醇血症之現象，申請理由雖略稱：「病人之父親係尿毒症患者，病人尿液檢查，呈現蛋白尿及血尿，在腎病症候群及腎炎之可能診斷下，檢驗血中B.U.N.、Cr、Cholesterol、TG及sugar，乃臨床所需，以利早期診斷及早期治療」，惟查病歷記載之病患臨床表現，並不相符，不足以支持施行系爭檢驗之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
三酸甘油脂 (09004C)	1		1		
血液及體液葡萄糖 (09005C)	1		1		

內科系案例 8

摘要:肝功能 SGPT 值雖偏高，惟未見有確定診斷，且病歷亦無申請理由所稱之相關記載，不足以支持系爭檢驗之必要性。

費用年月： 99/06 類別： 門診 案號： 0992005491 流水號： 000180

科別： 家醫科 性別： 男性

診斷： 第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 (09026C)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，申請理由雖略謂：「44 歲高血壓、糖尿病患者長期服用降血糖藥物 Amaryl and Metformin，當患者有 hepatic impairment 時，便不得使用，需改藥物，所以定期監測肝指數。因有計畫要開始 STATIN 用藥，所以也需要有 BASELINE 肝指數」，經查肝功能 SGPT 值於 98 年 4 月 21 日偏高，惟未見有確定診斷，且病歷亦無申請理由所稱「計畫開始 STATIN 用藥」之相關記載，不足以支持系爭檢驗之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

內科系案例 9

摘要:所附內視鏡檢查照片所載之病患身分證號,與診療記錄單之身分證號碼不符,原卷亦無足資佐證之資料,無從據以審查判定其病情診斷與系爭藥品治療之相關性,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/11 類別： 門診 案號： 1002002372 流水號： 000181

科別： 家醫科 性別： 女性

診斷： 胃潰瘍，未提及出血、穿孔或阻塞

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
PARIET F.C TAB. 20MG (B022782100)	28		28		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險藥品給付規定之 7.1.2.(3):「消化性潰瘍及逆流性食道炎符合洛杉磯食道炎分級表 Grade A 或 Grade B 者,欲使用消化性潰瘍用藥,其使用期間以四個月為限,申報費用時需檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告,其針劑限使用於消化道出血不能口服之病人急性期替代療法。」。</p> <p>(二)全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項壹、二、(十七)規定,西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者,得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定。</p> <p>(三)全民健康保險醫院醫療費用審查</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>注意事項壹、二、(二十三)規定，針對抽審案件中若有執行內視鏡檢查請檢附照片(內含病人 ID 或病歷號碼、院所名稱及檢驗日期)以利專業審查判定。待審查完畢會將原照片(或清晰之照片、幻燈片等)寄還院所。如有執行困難，請提供足資佐證之資料，以供審查。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：所附 PE 之圖片 ID 錯誤。</p> <p>(二)複核：0103A (所附病歷〔含影像、會診紀錄等〕/報告錯誤，或所附資料錯誤/不符〔非本個案或基本資料、性別、日期/期限等錯誤〕，所附相片 ID 與病人 ID 不符合。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病人為急性胃潰瘍合併胃排空不良，故給予 PPI 治療。99 年 9 月 30 日之胃鏡(照片)因剛開業，尚不熟悉鍵碼操作，一時手快將 46 誤 key 成 64，而向病人解說時以專業解說病情為主，故與病患雙方皆無察覺到胃鏡照片身分證號與病歷、胃鏡報告身分證號不</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>同。胃鏡相片之號碼錯誤，為人工輸入的失誤，並非故意。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)依卷附資料，系爭「PARIET F.C TAB. 20MG (B022782100)」藥品費用之給付，查病歷記載，病患診斷為胃潰瘍，依首揭規定，消化性潰瘍用藥，申報費用時需檢附4個月內有效之上消化道內視鏡檢查報告，惟申請人診所所附內視鏡檢查照片所載之病患身分證號○○○○○○○○○○，與保險對象○○○診療記錄單之身分證號碼○○○○○○○○○○○不符，原卷亦無足資佐證之資料，無從據以審查判定其病情診斷與系爭藥品治療之相關性，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>(二)另為維護申請人自身權益，嗣後請貴診所內視鏡檢查照片確實詳細登載相關資料，併予敘明。</p>

內科系案例 10

摘要: 診斷均非屬中央衛生主管機關核准藥品許可證登載之適應症, 與全民健康保險藥品給付規定通則七規定不符。

費用年月： 100/09 類別： 門診 案號： 1012001299 流水號： 000001

科別： 神經科 性別： 女性

診斷： 伴有腦梗塞之腦動脈阻塞、本態性高血壓、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
SUZIN CAPSULES 10MG (FLUNARIZINE) "STANDARD" (AC29575100)	10		10		<p>一、健保局審核意見</p> <p>(一)初核</p> <p>0102A【註：病歷資料缺乏具體內容或過於簡略(如主訴、病史、檢查檢驗結果、治療經過等)，未能顯示或判斷施予該項藥品之必要。】</p> <p>(二)複核</p> <p>不符適應症，不同意給付。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>本案之爭議藥品，是否對腦血栓病患具有治療上或預防上之適當性應尚屬於這類尚未有共識之藥品。然而，在發行全球的藥典雜誌 MIMS Indication 即列出有</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>Prophylaxis of peripheral and cerebrovascular disorders。</p> <p>三、本會審定理由</p> <p>查卷附資料，診斷為伴有腦梗塞之腦動脈阻塞、本態性高血壓、糖尿病等，均非屬中央衛生主管機關核准藥品許可證登載之適應症「噁心、眩暈、迷路障礙、暈動病、末梢血管循環障礙」，不符全民健康保險藥品給付規定通則七，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

內科系案例 11

摘要：系爭 PROPOFOL-LIPURO 藥品係於開刀房恢復室使用，由急診開立藥品，且無使用人工呼吸器治療之記載，即與規定不符。

費用年月： 100/03 類別： 門診 案號： 1002007260 流水號： 012570

科別： 急診醫學科 性別： 女性 年齡： 41 歲

診斷： 其他痙攣、胃炎及胃十二指腸炎，未提及出血、癲癇未提及難治之癲癇

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
PROPOFOL-LIPURO 1% (B024081238)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥品給付規定之 1.4.1.1：「限住加護病房，使用人工呼吸器治療且需要每日進行神智評估之病例使用。」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：依醫療費用醫令核減彙總表，以核減代碼 C65 (限併同申報支付標準代碼無資料)，核減申請人 100 年 3 月份申報之藥品項目「PROPOFOL-LIPURO 1% (B024081238)」計 2 劑，核減金額合計 148 元。</p> <p>(二)複核：不符規定，可用 Donican 等藥。</p> <p>三、申請理由要旨</p>
PROPOFOL-LIPURO 1% (B024081238)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>病患為門診手術病患，預計在開刀房接受手術，病患有癲癇病史，在開刀房等候室發生convulsion，因病情緊急由麻醉科醫師先行靜脈給予鎮靜麻醉藥物(propofol)，用藥後轉入急診續追蹤觀察，雖不符藥品使用規定，惟係醫療需要於特殊緊急狀況下使用，確屬病情所需。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)查所附資料，本案申報科別為急診醫學科，依100年3月30日急診病歷紀錄顯示，系爭藥品係於開刀房恢復室使用，由急診開立藥品，且無使用人工呼吸器治療之記載，即與首揭規定不符，並為申請人所不予否認。</p> <p>(二)綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

內科系案例 12

摘要:就醫日期係於全民健康保險藥品給付規定修正增列規定之後,申請人未檢附報告供核,與規定不符。

費用年月： 100/05 類別： 門診 案號： 1012000043 流水號： 006589

科別： 風濕免疫科 性別： 女性

診斷： 本態性高血壓、其他高脂質血症、未明示全身或局部之骨關節病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
Fosamax Plus Tablets (B024480100)	4		4		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險藥品給付規定,100年1月1日生效內容：</p> <p>5.6.1 抗骨質再吸收劑(anti-resorptive)</p> <p>1.藥品種類</p> <p>(2)Bisphosphonates(雙磷酸鹽類)：alendronate(如 Fosamax)</p> <p>2.使用規定</p> <p>(1)限用於停經後婦女 (alendronate 亦可使用於男性)</p> <p>因骨質疏鬆症(須經 DXA 檢測 BMD 之 T score \leq -2.5SD)引起脊椎或髖部骨折,或因骨質減少症(osteopenia)(經 DXA 檢測 BMD 之 -2.5SD < T score < -1.0</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>SD) 引起脊椎或髖部 2 處或 2 次(含) 以上之骨折。</p> <p>(2)治療時，一次限用一項藥物，不得併用其他骨質疏鬆症治療藥物。</p> <p>(3)使用雙磷酸鹽類藥物，須先檢測病患之血清 creatinine 濃度，符合該項藥物仿單之建議規定。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：缺骨密度報告。</p> <p>(二)複核：患者雖有壓迫骨折報告(99 年 4 月 20 日)，但卻無骨密度檢查，請補之。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病人壓迫性骨折，係給付標準修正前就已經使用，依不溯既往原則，病人有權續用。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>查所附病歷資料，病人雖為壓迫性骨折，惟本次就醫日期為 100 年 5 月 2 日，係於 100 年 1 月 1 日修正增列「須經 DXA 檢測 BMD 之 T score \leq -2.5SD 或 -2.5SD < T score < -1.0SD」規定之</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>後，申請人未檢附經 DXA 檢測 BMD 之報告供核，核與前開規定不符。</p> <p>五、綜上，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

內科系案例 13

摘要:Januvia (B024668100) 在重度肝功能不全患者方面，尚無任何臨床經驗，基於病人安全性之考量，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/07 類別： 門診 案號： 1002007196 流水號： 000887

科別： 內分泌科 性別： 男性

診斷： 第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
JANUVIA 100 MG F.C. TABLETS (B024668100)	28		28		本件本會審定認為，依病歷紀錄，病人有肝癌、肝硬化病史，惟查行政院衛生署核准系爭藥品許可證之仿單，Januvia (B024668100) 在重度肝功能不全患者方面，尚無任何臨床經驗，基於病人安全性之考量，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

內科系案例 14

摘要:病人的疼痛已數週，以上腹痛為主，右腰亦痛，PE 為左側 CVA 敲痛，尚不符合典型的腎絞痛，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/09 類別： 門診 案號： 1002002025 流水號： 003470
 科別： 家醫科 性別： 女性
 診斷： 腎結石

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
其他超音波 (19005B)	1		1		本件本會審定認為，查卷附資料，依病歷記載，病人的疼痛已數週，以上腹痛為主，右腰也痛，PE 為左側 CVA 敲痛，不符合典型的腎絞痛，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。另，一般狀況仍宜以 KUB 及 U/A 做鑑別診斷，若此二者仍無法解釋疼痛的原因，或有異常時，可考慮加作 ultrasound，且第一線作 screening 時，工具宜選用 sensitivity 高者，而非 low sensitivity，high specificity 者，併予敘明。

內科系案例 15

摘要: 血糖異常之糖尿病患者，宜將 Beta-blocker 類藥物，作為最後一線的高血壓使用藥物，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/06 類別： 門診 案號： 0992004936 流水號： 000002

科別： 內科 性別： 女性

診斷： 第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制、本態性高血壓、精神官能症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
BETACOR F.C. TABLETS 5MG “STANDARD” (BISOPROLOL HEM (A049650100))	30		30		本件本會審定認為，依卷附資料，血糖異常之糖尿病患者，宜將 Beta-blocker 類藥物，作為最後一線的高血壓使用藥物，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

內科系案例 16

摘要:無緊急症狀須立即處置,宜以藥物持續控制治療,且依病情記載,宜會請外科考慮 CABG 手術,尚不足以支持施行系爭項目之必要性,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/11 類別： 住院 案號： 1002003552 流水號： 000002

科別： 心臟血管內科 性別： 女性

診斷： 居間冠狀動脈徵候群、未明示或慢性胃潰瘍併出血,未提及阻塞、第二型(非胰島素依賴型,成人型)或未明示型糖尿病,未提及併發症,未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
經皮冠狀動脈擴張術 — 一條血管 (33076B)	1		1		本件本會審定認為,查卷附資料,依病人入院當時病歷記載之病況,無緊急症狀須立即處置,宜以藥物持續控制治療,且依病情記載,病患為三條血管病變之冠心病,其中左前降枝血管及右冠狀動脈嚴重阻塞,宜會請外科考慮 CABG 手術,尚不足以支持施行系爭項目之必要性,無法顯示需給付所請費用之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。
"BIOSENSORS"GA ZELLE RAPID EXCHANGE CORONARY STENT SYSTEM 格希爾快速抽換冠狀動脈支架系統 (CBP01GAZ22BS)	1		1		

內科系案例 17

摘要:雖有 EPS 誘發 VT 之報告,惟非臨床原始發作之 VT,亦無臨床相關症狀佐證,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/09 類別： 住院 案號： 1002004507 流水號： 000067

科別： 心臟血管內科 性別： 男性

診斷： 心臟衰竭、心房顫動、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
經導管心臟病灶或組織剝除術 (Tw-DRGs 11203) 全案刪除	1		1		<p>一、健保局審核意見</p> <p>(一)初核</p> <p>經歸戶送審,99年9月案件分類5,流水號67(前案)、99年10月案件分類5,流水號49(中案)、99年11月案件分類5,流水號51(後案),專審醫師表示前案與中案為同一傷病,依違反Tw-DRG支付通則二之規定全案核刪。</p> <p>(二)複核:不予補付,理由如下:</p> <p>1.Holter報告為「There were PVC's or aberrant conductions including one episode of possible short run VT」,與申復理由所述「frequent non-sustained VT」差異很大。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>2.患者雖有 old MI s/p CABG 之診斷，但 CABG 已 13 年，並無 clinical VT，ECG 也看不出有 old MI，因此會發生 post-MI VT 的可能性已相對降低，僅有 EPS indeed VT，不足以當成 ICD 之適應症。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>(一)患者 Holter 記錄 frequent nonsustained VT，EP study 記錄 sustained VT，且 LVEF<40% post-MI>40days，符合 ICD 給付標準。</p> <p>(二)於 99 年 10 月 18 日至 99 年 10 月 21 日住院，係因患者病情需 CRT-D，但 CRT 部分不符健保給付規定，考量病況需求及患者負擔，最終本院以"自行吸收 CRT 費用"方式，雖然置入價格較高的 CRT-D，但只向健保局申請 ICD 費用，於進行 CRT-D 放置後，恢復良好順利返家。故 CRT 部分並未向健保申請給付，請審查委員明察，(中案 on ICD 已於該月樣本遭全數核刪近 60 萬)，勿當成核刪依據，盼予以補付前案。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>三、本會審定理由</p> <p>本件本會審定認為，依卷附資料，雖有 EPS 誘發 VT 之報告，惟非臨床原始發作之 VT，亦無臨床相關症狀佐證，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

內科系案例 18

摘要:呼吸器依賴患者居家照護醫訪問隔時間過長，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/02 類別： 門診 案號： 0992004896 流水號： 000026

科別： 胸腔內科 性別： 男性

診斷： 急性呼吸衰竭、脊髓性肌肉萎縮

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
居家照護論日計酬 (含呼吸器使用) (P1015C)	3		3		<p>一、依全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫支付標準之「全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準」及附表 9.3 居家照護階段之備註二、1.規定。</p> <p>二、本件本會審定認為，依前揭規定意旨，訪視個案之次數及時間係申請人應符合之最低標準，如訪視間隔時間過長，有影響病患照護品質之虞，經查本件所附資料，醫訪問隔時間過長，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

內科系案例 19

摘要:未至 RCC 進行脫離訓練與觀察，即給予 BiPAP 終身使用，未再評估是否需長期使用，不合醫療常理，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/08 類別： 門診 案號： 1012000399 流水號： 000002

科別： 胸腔內科 性別： 女性

診斷： 其他肺部疾病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
居家照護論日計酬 (含呼吸器使用) (P1015C)	2		2		查所附資料，病人雖長期臥床，惟咳嗽能力良好，僅在 ICU 住院 20 天，未至 RCC 進行脫離訓練與觀察，即給予 BiPAP 終身使用，未再評估是否需長期使用，不合醫療常理，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 1

摘要：病患入住申請人醫院施行全人工膝關節置換術，符合病情所需，且病歷記載無傷口感染之情形，與出院後再至○○醫院急診入院無直接相關，所請同意給付。

費用年月： 99/05 類別： 住院 案號： 1002001726 流水號： 000065

科別： 骨科 性別： 男性

診斷： 局部骨關節病，小腿、急性出血後貧血、血小板缺乏症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
全膝關節置換術 (Tw-DRGs 20905) 全案刪除	1	1			<p>一、健保局審核意見</p> <p>(一)初核:因個案未達出院條件導致再急診，病人有傷口感染轉至○○護理之家。</p> <p>(二)複核:維持原議不給付。</p> <p>1.經查 Progress note 及護理記錄傷口已痊癒，但出院前已有脈搏及體溫稍異常，出院應沒問題。</p> <p>2.至於轉至護理之家繼續以健保住院乃該院協助轉往，並非不知。</p> <p>二、申請人主張</p> <p>(一)申復理由要旨</p> <p>該病患接受左膝全人工關節置換手術，住院 13 天，出院當天拆線，傷口癒合情況良好，未有感</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>染情形，出院後轉至○○護理之家，主要原因非傷口感染，是病患無人照護問題，護理紀錄中也有提到。我們無法掌控病患使用健保身分到護理之家繼續住院。</p> <p>(二)申請理由要旨</p> <p>病患出院時，傷口沒問題，應符合出院條件；轉院問題，主要因家屬要求，照顧問題且行動不方便，基於天職故於協助；轉院後，是否使用健保身分住院，已非先前骨折住院之醫院所能掌控。</p> <p>三、健保局提意見書要旨</p> <p>依專審意見核刪，為 99Q2DRG 個案出院後 3 日內跨院再急診及 14 日內再入院併審查案件之前案，補充後案○○醫院急診病歷。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>查卷附申請人醫院及健保局提供○○醫院之個案病歷資料，病患罹患雙膝骨關節炎，於 99 年 4 月 21 日入住申請人醫院施行全人工膝關節置換術，符合病情所需，且病歷記載無傷口感染之情形，與出院後再於 99 年 5 月 3 日至○○醫院急診入院無直接相</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					關，所請尚屬合理，同意給付，其金額由健保局依規定核算後補付。

外科系案例 2

摘要:病患因甲溝發炎，依病歷記載，本會同意改以拔指甲,每指(趾)
 (56006C) 295 點給付；惟查健保局原已改核以淺部創傷處理
 (48001C) 支付 350 點，原核定已屬從寬，基於行政救濟不得為更不利於申請人之決定，爰仍予維持。

費用年月： 99/02 類別： 門診 案號： 0992005003 流水號： 000557

科別： 外科 性別： 女性

診斷： 腳趾甲床炎與甲溝炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
趾甲部分摘除併母 組織切除術 (56025C)	1		1		本件本會審定認為，查卷附資料顯示，病患因甲溝發炎就醫，依病歷記載，本會同意改以拔指甲,每指(趾) (56006C) 295 點給付；惟查健保局原已改核以淺部創傷處理—傷口長 5 公分以下者(48001C) 支付 350 點，原核定已屬從寬，基於行政救濟不得為更不利於申請人之決定，爰仍予維持。

外科系案例 3

摘要:凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，亦不得視為副手術另行申報。

費用年月： 99/09 類別： 住院 案號： 1002002794 流水號： 000517

科別： 骨科 性別： 男性

診斷： 膝十字韌帶之扭傷及拉傷、下肢其他蜂窩組織炎及膿瘍，足除外、現時發生之
膝內側軟骨或半月板撕裂傷、ACL injury，接受 arthroscopic reconstruction

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
肌腱移植術—單腱 (64189B)	1		1		依病歷記載，病患診斷為 ACL injury，接受 arthroscopic reconstruction，為達重建之目的而取 semitendinous and gracilis tendon。依全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節手術通則七、之規定，凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準所列項目亦不得視為副手術另行申報，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
肌腱移植術—單腱 (64190B)	1		1		

外科系案例 4

摘要:治療內容與全民健康保險醫療費用支付標準臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術(62010C)項目不符,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/05 類別： 門診 案號： 0992005140 流水號： 000007
 科別： 整型外科 性別： 女性
 診斷： 癰及癤，臀部

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術一小於2公分(62010C)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，治療內容與全民健康保險醫療費用支付標準臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術(62010C)項目不符，另申請理由雖略稱：「若是審查委員認為 excision Biopsy 申報不妥，則希望能以 Debridement 申報。」，惟查病歷無清創手術報告或紀錄，也無傷口的描述記載，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 5

摘要: 未見病人使用其他止痛藥、或非類固醇抗發炎藥物 (NSAIDs) 治療後，仍無法控制疼痛或有嚴重副作用之佐證，逕予使用系爭藥物 Ultracet Tablets 治療，不符全民健康保險藥品給付規定，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/04 類別： 門診 案號： 1002006874 流水號： 000960

科別： 骨科 性別： 女性

診斷： 肩部粘連性囊炎、Colles 氏閉鎖性骨折、肌肉痙攣

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ULTRACET TABLETS (B023917100)	21		21		查所附病歷資料，依卷附資料，未見病人使用其他止痛藥、或非類固醇抗發炎藥物 (NSAIDs) 治療後，仍無法控制疼痛或有嚴重副作用之佐證，逕予使用系爭藥物 Ultracet Tablets 治療，不符全民健康保險藥品給付規定之 1.1.4.，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 6

摘要：病患排程復健治療之療程未完成，又安排相同治療項目之復健治療，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/03 類別： 門診 案號： 0992004906 流水號： 000470

科別： 骨科 性別： 男性

診斷： 眼臉（包括眼角）皮膚之原位癌、水蛭病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 (00111C)	1		1		查所附病歷資料，病患於 99 年 3 月 5 日就診時，已排程復健治療，惟療程未完成，病患即於 99 年 3 月 12 日就診，且又安排相同治療項目之復健治療，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
簡單治療－簡單 (42003C)	4		4		

外科系案例 7

摘要：病人行動不便由家屬代領藥物，惟查卷附之資料，系爭就醫日與前次就醫之處方品項數不同，核與規定不符。

費用年月： 99/01 類別： 門診 案號： 0992006383 流水號： 006844
 科別： 神經外科 性別： 女性
 診斷： 腦惡性腫瘤、其他癱攣

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
TEMODAL CAPSULES 100MG (B023324100)	15		15		一、相關規定 (一)全民健康保險醫療辦法第 10 條： 「保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，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，再開給相同方劑：一、行動不便。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，並有相關證明文件。」。 (二)行政院衛生署 95 年 12 月 13 日衛
化學腫瘤藥品處方 之藥事服務費 (天) (05221A)	1		1		
一般門診診察費 (00156A)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>署健保字第 0952600592 號函要旨：基於維護病患安全考量，全民健康保險醫療辦法第 10 條規定所稱之「繼續領取相同方劑」，當以符合下列 4 要件之前提為限：(一)相同醫師對相同病人。(二)確信其病情沒有變化。(三)針對相同診斷之疾病。(四)開給與前一次處方相同成分、相同品項數之藥品。</p> <p>二、本件本會審定認為，申請理由雖略稱：「病人為復發性多型性膠質母細胞瘤，每月必須接受 Temodal 使用，本院已事前審查通過，但病人行動不便由家屬代領藥物，99 年 1 月 19 日家屬告知家裡仍有多餘 Dilantin、Tramal，故只拿必須持續使用的 Temodal」，惟查卷附之○區業務組「PBCB0004S01_清單醫令查詢作業(單筆清單明細)」資料，系爭就醫日(99 年 1 月 19 日)與 98 年 12 月 22 日之處方品項數不同，核與上開規定不符，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

外科系案例 8

摘要：系爭項目為細菌藥物敏感性試驗，並非抗酸菌檢查，且查病程紀錄亦未能說明施行之理由，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/08 類別： 住院 案號： 1012003024 流水號： 010028

科別： 神經外科 性別： 男性

診斷： 其他腦裂傷及挫傷，未提及開放性顱內傷口，伴有意識喪失，但期間長短未明

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
細菌藥物敏感性試驗— 1 菌種 (13009B)	1		1		本件本會審定認為，查卷附資料，依病情記載及病程紀錄，不足以支持系爭項目之必要性；另申請理由雖略謂：「懷疑 TB infection，因此做痰液抗酸菌檢查，培養出來確實有長菌。」，惟本案系爭項目為「細菌藥物敏感性試驗（13009B）」，並非抗酸菌檢查，且查病歷摘要，未有肺炎併發症，病程紀錄亦未能說明施行 Sputum culture 之理由。綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 9

摘要:病人為高齡患者，長期腹脹及便秘，宜轉介腸胃內科或大腸直腸科，且不宜長期服用 BEFON，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/04 類別： 門診 案號： 1002007348 流水號： 000211

科別： 骨科 性別： 女性

診斷： 腰骶椎關節退化，未伴有脊髓病變、便秘、原發性局部骨關節病，骨盆及大腿部

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
BEFON TABLETS 5MG M.S(BACLOFEN) (A037141100)	28		28		查所附資料，病人 76 歲，因腹脹及便秘之病情，於 100 年 4 月 4 日使用「 BEFON TABLETS 」、「 GASLAN TABLETS 」藥品 14 日藥量，嗣於系爭就醫日期 100 年 4 月 18 日續處方前開 2 項藥品 14 日藥量，惟病人為高齡患者，長期腹脹及便秘，宜轉介腸胃內科或大腸直腸科，且高齡患者，不宜長期服用 BEFON，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
GASLAN TABLETS "CHINTENG" (A008355100)	28		28		

外科系案例 10

摘要:依病歷記載、傷口相片，尚不符規定，不足以支持申報系爭深部複雜創傷處理－傷口長 5 公分以下者（48004C）處置之適當性，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/10 類別： 門診 案號： 1002002852 流水號： 000835

科別： 外科 性別： 女性

診斷： 膝、腿(大腿除外)及足踝開放性傷口，伴有併發症、足部(趾除外)開放性傷口，
未提及併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
深部複雜創傷處理 － 傷口長 5 公分以下者 (48004C)	1		1		<p>一、相關規定：</p> <p>(一)行為時全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「深部複雜創傷處理－傷口長 5 公分以下者 (48004C)」註：1.指創傷深及肌肉神經時之處理。2.含縫合、接紮、擴創處理。</p> <p>(二)全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項貳、三、(二) 6. 依「全民健康保險醫療費用支付標準」淺部與深部之分際，創傷深及肌肉神經時，為深部複雜創傷處理；未涉及肌肉神經者，為淺部創傷處理。</p> <p>二、健保局審核意見：</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(一)初核：202A，肌肉、神經有斷裂，予與縫接者，才以 48004C 申報，本案應以 48001C 給付。</p> <p>(二)複核：由相片看來，只是淺部的縫合。</p> <p>三、查卷附資料，申請理由雖略稱「病患傷口深及骨膜，不算深部傷口？」，惟依病歷記載、傷口相片，尚不符前揭規定，不足以支持申報系爭處置之適當性。綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

外科系案例 11

摘要:申請人未於事前提出申報或報備，即先行手術，與規定不符。

費用年月： 99/12 類別： 住院 案號： 1002002761 流水號： 000425

科別： 神經外科 性別： 女性

診斷： 後天性脊椎滑脫症、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制、下肢動脈栓塞及血栓症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
TITANIUM CLICK'X SPINAL SYSTEM 上開式二 節(SX4+RX2) (FBSF14985NS1)	1		1		一、相關規定 (一)全民健康保險醫療費用支付標準第八部第三章特材品名適應症及使用規範備註代碼 D112-1、D112-4。
TRAVIOS IMPLANTS PEEK(側開型每節 椎體限置放 1 個) (FBSFA0001NS1)	1		1		(二)全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 23 條：「保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。」 (三)全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 24 條：「依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申報或報備，或未經保險人核定即施予者，得

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>依程序審查不支付費用。」、「事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。」</p> <p>二、健保局審核意見要旨</p> <p>(一)初核：依「醫療費用醫令核減彙總表(非 TwDRG) - ○區業務組」，系爭醫令項目核減碼為 EC (事前審查項目於核定日前實施，惟不屬緊急事件)。</p> <p>(二)複核：99 年 12 月 10 日開刀，99 年 12 月 14 日申請，請依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 23、24 條辦理。</p> <p>三、申請人主張</p> <p>(一)申復理由</p> <p>於 99 年 12 月 10 日(週五)緊急手術，先行傳真報備，因適逢假日無法即時與貴組承辦人確認，殊不知貴局未接收到傳真資料，本院於 99 年 12 月 14 日 VPN 系統補登上傳且經貴組同意備查。</p> <p>(二)申請理由</p> <p>本案事前審查送審後，經健保局</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>專業審查核定同意備查，而健保局卻依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 23、24 條為由，不予給付，實為違反第 24 條條文規定。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>查所附「電子化專業審查系統」影本資料，本件申請日期為 99 年 12 月 14 日，健保局核定同意備查日期為 99 年 12 月 22 日，惟緊急傳真日期為空白，亦無申請人所稱傳真報備文件附卷可稽。則申請人未於事前提出申報或報備，即於 99 年 12 月 10 日先行手術，健保局依前揭規定核刪系爭項目，原核定並無不合，應予維持。</p>

外科系案例 12

摘要：系爭項目係屬當次住院範圍之相關費用，依規定不得移轉至門診申報。

費用年月： 99/01 類別： 門診 案號： 0992005051 流水號： 005847

科別： 骨科 性別： 女性

診斷： 手起水泡，手指除外，未提及感染、接觸性皮膚炎及其他濕疹，藥物與皮膚接觸所致、橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
全套血液檢查 I (八項) (08011C)	1		1		查所附病歷資料，依全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章、二之規定「各 Tw-DRG 之給付已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報」，申請理由雖略稱「TW-DRG 費用涵蓋範圍既不包括門診（或急診）當次費用，則該費用可不須合併於 TW-DRG」云云，惟查申復理由略稱「患者 99 年 1 月 18 日當日住院接受手術，此皆為手術所需之例行必要之術前檢查」，且依病情記載，系爭項目係屬當次住院範圍之相關費用，依前揭規定不得移轉至門診申報，無法顯示需給付所請費用之正
白血球分類計數 (08013C)	1		1		
部份凝血活酶時間 (08036B)	1		1		
血液及體液葡萄糖 (09005C)	1		1		
肌酸酐、血(09015C)	1		1		
鈉 (09021C)	1		1		
鉀 (09022C)	1		1		
血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶 (09025C)	1		1		
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 (09026C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
心電圖 (18001C)	1		1		當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)(32001C)	1		1		
手術、創傷處置及換藥—小換藥(10公分以下)(48011C)	1		1		

外科系案例 13

摘要：申請人施行非全民健康保險醫療費用支付標準所列項目「雷射經尿道前列腺切除術」，應先就支付標準適用之類別已列款目中，按其最近之各編號項目所訂點數申報，而非向病患收取雷射手術費用，又向健保局申報 Tw-DRGs 費用。

費用年月： 99/09 類別： 住院 案號： 1002002422 流水號： 000053

科別： 泌尿科 性別： 男性

診斷： 攝護腺（前列腺）（良性）增生、尿滯留、血尿

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
經尿道攝護腺切除術，有合併症或併發症(Tw-DRGs336) 全案刪除	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則二：「各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。」。(健保局 98 年 8 月 26 日健保醫字第 0980091267 號公告，99 年 1 月 1 日實施)</p> <p>(二)全民健康保險醫療費用支付標準（以下簡稱支付標準）第一部總則五：「各保險醫事服務機構實施</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。」。</p> <p>二、健保局審核意見要旨</p> <p>(一)初核：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.不符專業認定，應整件核刪。 2.本次住院主要是為手術或處置目的，而該手術或處置不符合本保險給付規定（既已收病患雷射手術費用，又以 DRG 申報高額健保費用，於情於理皆不合）。 <p>(二)複核：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.0010A。(採用之療法（診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材）不符醫療常規/不符正規療程計畫。) 2.既已採用雷射處置，不宜再申請健保資源。 <p>三、申請理由要旨</p> <p>病患要求以自費方式接受手術，其範圍僅涉及手術部分，與住院其他檢查與治療應無相關。對於 Laser TURP 之爭議，於 100 年初</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>泌尿科醫學會轉發詢問健保局相關事項回覆函中，才明確規範自費問題，考量不應溯及既往法律原則，對於本案之手術以外的住院及檢查相關費用，請准予通過。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)依卷附資料，病人罹患攝護腺增生，申請人施行雷射經尿道前列腺切除術，申報經尿道攝護腺切除術，有合併症或併發症(Tw-DRGs336)，並收取雷射經尿道前列腺切除術手術之費用。</p> <p>(二)查雷射經尿道前列腺切除術並非支付標準所列項目，依首揭全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則五之規定，應就適用之類別已列款目中，按其最近之各編號項目所訂點數申報。</p> <p>(三)次依首揭 99 年 1 月 1 日實施之全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則二規定，各 Tw-DRGs 之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，不得另行向保險對象收取給付範圍費用。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(四)再查申請人施行非支付標準所列項目「雷射經尿道前列腺切除術」,未先就支付標準適用之類別已列款目中,按其最近之各編號項目所訂點數申報,而以經尿道攝護腺切除術,有合併症或併發症(Tw-DRGs336)項目申報,並向病患收取雷射手術費用,健保局核刪 Tw-DRGs 費用,尚非無據,申請人所稱「Laser TURP 之爭議,100 年初健保局才明確規範自費問題,不應溯及既往之法律原則」,核有誤解。</p> <p>(五)綜上,自無法顯示需給付所請費用之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。</p>

外科系案例 14

摘要：病患使用自費特殊材料，宜由廠商或特約醫療院所向健保局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用。

費用年月： 99/01 類別： 住院 案號： 1002000282 流水號： 000589

科別： 骨科 性別： 女性

診斷： 肱骨上端閉鎖性骨折、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及肱骨手術，髖、足及股骨除外(2)，年齡大於等於 18 歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 21904) 全案刪除	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則二「各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。」。</p> <p>(二)健保局 99 年 1 月 12 日健保審字第 0990051016 號函要旨</p> <p>有關特殊材料自費問題之處理原則，凡符合全民健保給付範圍但尚未收載之特殊材料，如有收載</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>同類品項者或健保無同類品項但對病患有正面診療用途者，應由廠商或特約醫療院所向本局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用。</p> <p>二、本件本會審定認為，查卷附資料，病患使用自費特殊材料，宜由廠商或特約醫療院所向健保局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用，且依前揭支付通則規定，另行向保險對象收取給付範圍費用者，整筆醫療費用不予支付。</p> <p>三、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

外科系案例 15

摘要：第一次因肛門瘻管問題入住醫院，接受肛門瘻管及痔瘡切除手術，惟又於第一次手術後次月入院再次接受相同痔瘡切除手術，不合醫療常理，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/03 類別： 住院 案號： 1002003179 流水號： 000083

科別： 消化外科 性別： 男性

診斷： 肛門瘻管、痔瘡，未提及併發症、發燒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
肛門及瘻孔手術 (2), 無合併症或併發症 (Tw-DRGs 15802) 全案刪除	1		1		<p>一、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：第一次手術應為 fistulectomy 並無 partial hemorrhoidectomy(病理證實)，故導致病人 1 個月後必須執行 hemorrhoidectomy。</p> <p>(二)複核：歉難補付，理由為一般瘻管切除後，傷口癒合時間為 2 個月左右，為何尚未癒合已進行第二次手術，一般瘻管手術皆會合併部份痔切除，故甚少有 2 個月內開刀二次之狀況。</p> <p>二、本會審定理由</p> <p>依卷附資料，申請理由略稱：「病患第一次住院主要為肛門瘻管併膿瘍切除手術，但因瘻管內口位</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					於 3 點鐘方向有痔瘡順便切除……」，查病患於 99 年 3 月 6 日第一次因肛門瘻管問題入住醫院，接受肛門瘻管及痔瘡切除手術，惟又於 99 年 4 月 27 日入院再次接受相同痔瘡切除手術，不合醫療常理，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 16

摘要:同一季跨院 2 次住院，申報相同處置(Tw-DRGs 碼:15802)，病患先入住他院施行痔瘡切除術，因術後疼痛、腫脹，入住申請人醫院，依病情記載，宜先治療病患術後之併發症，無再次施行痔瘡切除術之必要性。

費用年月： 99/10 類別： 住院 案號： 1002004931 流水號： 000037

科別： 外科 性別： 女性

診斷： 內痔，未提及併發症、外痔，未提及併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
肛門及瘻孔手術 (2),無合併症或併發症 (Tw-DRGs 15802) 全案刪除	1		1		本件本會審定認為，查卷附資料，本件係同一季跨院 2 次住院，申報相同處置(Tw-DRGs 碼:15802)，病患先於 99 年 9 月 14 日入住他院施行痔瘡切除術，因術後疼痛、腫脹，復於 99 年 10 月 21 日入住申請人醫院，依病情記載，宜先治療病患術後之併發症，無再次施行痔瘡切除術之必要性，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 17

摘要：第一次入住申請人醫院接受手術，復於術後一個月，因相同疾病入住他院再次接受相同的手術治療，其主手術或處置之醫療品質不符專業認定，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/03 類別： 住院 案號： 1002003070 流水號： 000021
 科別： 直腸外科 性別： 女性
 診斷： 內痔，伴有其他併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
肛門及瘻孔手術 (2), 無合併症或併發症 (Tw-DRGs 15802) 全案刪除	1		1		一、健保局審核意見 (一)初核：第 1、2 次手術一樣，顯然第 1 次手術並不徹底，應合併一次申報。 (二)複核：歉難補付，病歷中完全無追溯病人之開刀史，已於 3 月份開刀，應先採保守治療為先。 二、申請理由要旨 此病患住院前無內外痔開刀病史，僅此一次於 99 年 3 月 4 日因第四度痔瘡肛門極度疼痛求診，安排 99 年 3 月 5 日接受內外痔完全切除手術。 三、本會審定理由 查卷附申請人醫院及健保局提供他院之個案病歷資料，病患於 99

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>年3月4日第一次入住申請人醫院接受手術，復於術後一個月，因相同疾病入住他院再次接受相同的手術治療，所請99年3月4日病患第一次入院接受肛門及瘻孔手術(2)，無合併症或併發症(Tw-DRGs 15802)之費用，其主手術或處置之醫療品質不符專業認定，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

外科系案例 18

摘要:於申請人醫院接受右側疝氣修補手術，出院次日右側陰囊腫，再至申請人醫院急診接受治療，其主手術或處置之醫療品質不符專業認定，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/03 類別： 住院 案號： 1012001723 流水號： 000148

科別： 消化外科 性別： 男性

診斷： 單側或未明示之腹股溝疝氣，未提及阻塞或壞疽（未明示為復發）

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
單側股及腹股溝疝氣手術，年齡大於等於 18 歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 16202)全案刪除	1		1		本件本會審定認為，查卷附資料，100 年 3 月 15 日於申請人醫院接受右側疝氣修補手術，100 年 3 月 17 日出院，復於 100 年 3 月 18 日右側陰囊腫，再至申請人醫院急診接受治療，依 CT 報告顯示腸子於右陰囊，其主手術或處置之醫療品質不符專業認定，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 19

摘要:病患右側股骨轉子間骨折，入住申請人醫院，施行開放性復位手術，出院次日即因 G-I bleeding & hypovolmic shock 入住他院，並死亡，足見係屬「病情不穩定，令其出院」情形，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/06 類別： 住院 案號： 1002003028 流水號： 000316

科別： 骨科 性別： 女性

診斷： 股骨粗隆閉鎖性骨折

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
主或次診斷為感染之髖及股骨手術，下肢關節除外，年齡大於等於 18 歲，無合併症或併發症 (Tw-DRGs 21102) 全案刪除	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 15 條之 1 第 1 項:「保險醫事服務機構以診斷關聯群申報之案件，經專業審查有下列情形之一者，應載明理由，不予支付：一、非必要住院。二、非必要之主手術或處置。三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。四、病情不穩定，令其出院。」</p> <p>(二)全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項第二部、壹、通則四、保險醫事服務機構以診斷關聯群申報之案件，經專業審查有下列情形之一者，應載明理由，不予支付：(一)非必要住院及非必要</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>主手術或處置。(二)主手術或處置之醫療品質不符專業認定。(三)病情不穩定，令其出院：(99/4/1) 1.出院前 24 小時內生命徵象不穩定。2.尚有併發症(complication)未獲妥善控制。3.傷口有嚴重感染、血腫或出血現象，但屬輕微感染、血腫或出血，可以在門診持續治療者除外。4.排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎之病患除外)。5.使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師認定引流液量及顏色正常，或使用居家中央靜脈營養，可出院療養、門診追蹤處理者除外。(99/4/1) 6.非因醫療需要之轉院。7.其他經醫療專業認定仍有必要住院治療者。</p> <p>(三)行政院衛生署中央健康保險局 99 年 9 月 27 日健保○字第 0994089947 號函說明二：「DRG 案件倘經專業審查認定前次住院案件未達出院條件，導致再入院者，前次 DRG 住院案件將整件不予給付，再入院產生之費用，依</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 案件審查注意事項辦理。」</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核:</p> <p>1.Tw-DRGs 個案 14 日再入院 3 日內急診併案,99 年 6 月住院追扣。</p> <p>2.出院後第二天病人再入院時, WBC:21000, 有 Sepsis 造成 G-I bleeding 死亡, 此 Sepsis 非一天造成, 住院中未詳細 PE, 即讓病人出院。。</p> <p>(二)複核:維持原議不予補付</p> <p>此病人 99 年 5 月 24 日出院, 但次日就因 WBC: 21,000 造成 GI bleeding expire, R/O Sepsis GI bleeding 導至死亡, 前案不適當出院有可能。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病人住院期間並無發燒及其他不適, Vital sign 穩定, 實在無任何跡象可供偵測, 傷口無問題, 才讓病人出院。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>依卷附病歷資料及健保局提供他</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					院之個案病歷資料，病患為 83 歲男性，因右側股骨轉子間骨折，99 年 5 月 14 日入住申請人醫院，施行開放性復位手術(鋼釘鋼板固定)，於 99 年 5 月 24 日出院，惟次日即因 G-I bleeding & hypovolmic shock 入住他院，並於 99 年 5 月 26 日死亡，足見 99 年 5 月 24 日係屬「病情不穩定，令其出院」情形，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

外科系案例 20

摘要：病患入住申請人醫院接受肱骨骨折開放性復位併使用內固定器手術，出院同日即因腹水至他院急診就醫並住院接受治療，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/05 類別： 住院 案號： 1002002987 流水號： 000098

科別： 骨科 性別： 女性

診斷： 肱骨髁上閉鎖性骨折，、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及肱骨手術，髖、足及股骨除外(2)，年齡大於等於 18 歲，有合併症或併發症(Tw-DRGs 21804) 全案刪除	1		1		<p>一、健保局審核意見</p> <p>(一)初核</p> <p>1.病患原有肝硬化症狀，10AM 從○○出院，11AM 即入○○醫院急診因腹水入院治療。○○住院過程所有病程未提及腹部症狀及處置，肝硬化及腹水不會一夕之間產生，住院照護顯不符全人照護精神。</p> <p>2.○○醫院只注意跌倒骨折，並沒注意先前之潛在慢性病，所有應記載只關注在骨折方面，隻字未提肝硬化，忽略其他之病，且病人在血糖未完全控制及血壓仍高下令病人出院，醫院品質低劣。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(二)複核:維持原議不給付</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院病歷已記載諸多疾病，應在病程記錄呈現及追蹤，當中未記錄腹部之變化。 2.病患若要求轉至他院作與本科非相關性的目的，也應以轉院或轉診制度呈現，若病患強烈要求出院，應填妥自動出院要求之自願書。 3.病患剛出院，1 小時後又至他院急診及住院，一定有 something? 病人受不了，才到急診求診，腹脹或腹水不可能 1 小時囤積起來，X 光也見雙側胸腔積水，病患一定有臨床症狀，但病程紀錄中無記錄。 4.糖尿病病患，資料中只有住院時血糖為 251，並無其他資料，也無會診內科或衛教師。 5.病程記錄中，出院前 1 至 2 天及當天，傷口仍有 oozing、brownish. <p>二、申請理由要旨</p> <p>病患住院期間無任何腹部不適之抱怨，Hb 值由術前 10 至術後 9.5，心跳 80 上下，並無變化，</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>且可自行走路出院。住院期間血糖值介於 94 至 239，不知控制良好標準為何？且腹水於住院期間並無不適，病患及其家屬長期於○○醫院就醫，要求回原醫院回診。</p> <p>三、本件本會審定理由</p> <p>依卷附申請人醫院及健保局提供他院之個案病歷資料，病患原有肝硬化，糖尿病，高血壓，chronic renal failure, distal humeral fx，99 年 5 月 20 日入住申請人醫院接受肱骨骨折開放性復位併使用內固定器手術，99 年 5 月 25 日 10AM 出院，同日 11AM 即因腹水至他院急診就醫並住院接受治療，確如健保局審核意見所載，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

婦產科案例 1

摘要: 病歷未有理學檢查之相關記載，且無腹痛及出血之症狀，宜再觀察，於初診後 2 天即安排 D&C，不符醫療常規，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/04 類別： 門診 案號： 1002003847 流水號： 000001

科別： 婦產科 性別： 女性

診斷： 其他異常之受孕產物

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
妊娠前十二週流產 刮宮術 (81006C)	1		1		查所附資料，病歷未有理學檢查之相關記載，且無腹痛及出血之症狀，宜再觀察，於初診後 2 天即安排 D&C，不符醫療常規，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
靜脈或肌肉麻醉 (96004C)	1		1		

婦產科案例 2

摘要:病患罹患黏膜下肌瘤，並未造成嚴重貧血，且近更年期，以保守療法為宜，無法顯示給付正當性。

費用年月： 99/10 類別： 住院 案號： 1002000496 流水號： 000001

科別： 婦產科 性別： 女性

診斷： 子宮黏膜下層平滑肌瘤、貧血

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院) (97013B)	1		1		本件本會審定認為，依卷附資料，病患罹患黏膜下肌瘤，並未造成嚴重貧血，且病患近更年期，以保守療法為宜，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

婦產科案例 3

摘要:剖腹產核實申報案件,超過規定之件數,健保局依規定改以剖腹產論病例計酬定額給付,核屬有據。

費用年月： 98/07 類別： 住院 案號： 1012000092 流水號： 000008

科別： 婦產科 性別： 女性

診斷： 迫切早產，產前狀況或合併症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
98年住院剖腹產核實申報	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險醫療費用支付標準(簡稱支付標準)第七部通則十一後段：「得核實申報個案數比率」係指依前述規定核實申報之個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率。</p> <p>(二)支付標準第七部第一章通則：</p> <p>1.通則一之「剖腹產(97009C)」項目，明定基層院所得核實申報上限點數為33,460，得核實申報個案數比率為5%。</p> <p>2.通則八：剖腹產案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過「得核實申報上限點數」者，得按實際醫療費用</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>申報，惟其個案數不得超過「得核實申報個案數比率」；除以上情形外之其它剖腹產個案皆依本部所訂支付點數申報費用。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：</p> <p>1.A04(超過規定百分比 outlier 規定件數)。</p> <p>2.DRG 代碼:0371A 剖腹產</p> <p>(1)符合該 DRG 件數*規定百分比 =outlier 規定件數(14*0.05=1)。</p> <p>(2)符合 outlier 件數-outlier 規定件數=超過規定件數(4-1=3)。</p> <p>(二)複核：維持原規定，不予補付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)病人妊娠 31 週因早產入院安胎，安胎期間子宮狀況極不穩定，持續安胎至 35 週，因破水臨床上呈現感染現象而緊急剖腹產。</p> <p>(二)本院屬診所級醫療院所，98 年 7 月生產數僅 19 人次(樣本數過小)，以 outlier 規定單月辦理，顯然不符合統計原則。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)依卷附資料，本件系爭 98 年 7</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>月份住院診療實際醫療費用與剖腹產論病例計酬定額之差額，計 19,714 點之給付。</p> <p>(二)查本件為論病例計酬之剖腹產案件，申報 DRG 碼為「0371A」，因有次診斷或次手術，且實際醫療費用超過剖腹產（97009C）「得核實申報上限點數」，致未依支付標準所定該項手術定額申報，而以實際醫療費用核實申報。</p> <p>(三)依首揭規定，核實申報個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率，基層院所之住院剖腹產(97009C)得核實申報個案數比率 5%，申請人診所 98 年 7 月份剖腹產 (DRG 碼 0371A) 案件 14 人，得核實申報個案數為 1 件（$14 \times 0.05 = 1$），惟申請人卻核實申報 4 件，本件即為申請人診所申報超過規定之件數，有「住院論病例計酬行政審查核減彙總表」附卷可稽，從而健保局依首揭規定改以剖腹產論病例計酬定額給付，核屬有據。</p> <p>(四)至申請理由雖略稱：「本院屬診所級，98 年 7 月生產數僅 19 人次(樣</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>本數過小)以 outlier 規定單月辦理，顯然不符合統計原則」，惟前開支付標準所訂之得核實申報個案數比率，核屬立法政策範疇，非本會所得審究。</p> <p>(五)綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

小兒科案例 1

摘要：病歷簡略且記載雷同，無個別性，亦無反覆氣喘或過敏性鼻炎發作病史，依病情記載，尚不足以支持系爭特異過敏原免疫檢驗之必要性，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 97/04 類別： 門診 案號： 0992005794 流水號： 000018

科別： 小兒科 性別： 女性

診斷： 黴漿菌感染、其他過敏原所致之過敏性鼻炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
特異過敏原免疫檢驗 (30022C)	1		1		查所附病歷資料顯示，病歷簡略且記載雷同，無個別性，亦無反覆氣喘或過敏性鼻炎發作病史，依病情記載，尚不足以支持系爭檢驗之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

小兒科案例 2

摘要:Singulair chewable tab.與 Ketotifen 併用，不符合全民健康保險藥品給付規定，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/10 類別： 門診 案號： 1002002882 流水號： 000038

科別： 小兒科 性別： 女性

診斷： 氣喘未提及氣喘積重狀態、過敏性鼻炎、急性鼻咽炎（感冒）

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
SINGULAIR CHEWABLE TAB. 4MG (B023398100)	7		7		本件本會審定認為，依卷附資料，Singulair chewable tab.與 Ketotifen 併用，不符合全民健康保險藥品給付規定之 6.2.5.4，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

其他科別案例 1

摘要:先施行右眼白內障手術,術後始向健保局提出事前審查申請,與規定不符。

費用年月： 100/04 類別： 門診 案號： 1002005505 流水號： 000013
 科別： 眼科 性別： 女性
 診斷： 老年性白內障

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)(97608C)	1		1		一、相關規定 (一)全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 23 條:「保險醫事服務機構如因事出緊急,得以書面說明電傳保險人報備後,先行處理治療,並立即備齊應附文件補件審查。」,及同辦法第 24 條第 1 項:「依規定應事前審查項目,保險醫事服務機構未於事前提出申報或報備,或未經保險人核定即施予者,得依程序審查不支付費用」。 (二)全民健康保險醫療費用支付標準第 1 部總則十、附表 1 須事前審查之診療項目「白內障手術」之備註:「1.具下列條件之個案需事前專案向健保局轄區分局申請:

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(1)每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；(2)五十五歲以下施行白內障手術之個案；(3)非眼科專科醫師施行之白內障手術個案」。</p> <p>二、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：依「醫療費用醫令核減彙總表(健保案件)」，係以核減代碼「C24」(事前審查項目無報備)，核減「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(97608C)」1次，核減金額計20,665點。</p> <p>(二)複核：經查事前審查檔核定日期為5月31日，被保險人通過事前審查審結日期為5月31日，於4月28日接受手術，以事前審查項目核定日前實施，惟不屬緊急事件，予以核扣；依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第24條，依規定事前審查項目保險醫事服務機構未於事前提出申報或報備即施予手術者，得依程序審查不予支付費用。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病人○○○54歲，雙眼白內障。原本以為已送申請，而在100年</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>4月28日作右眼白內障手術。但因作業上遺漏，事後才發現尚未送審，而於5月初將資料補送審查，經審查結果是通過手術申請的。</p> <p>四、本會審定理由</p> <p>(一)依卷附資料，本案系爭「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(97608C)」1次，計20,665點費用之給付。查病患年齡54歲，為雙眼白內障患者，先於100年4月28日施行右眼白內障手術後，術後於100年5月27日始向健保局提出事前審查申請，縱經健保局核定同意右眼白內障手術，仍不符首揭規定，且為申請人所不否認，從而健保局依前揭規定，不予給付本案系爭項目之費用，計20,665點，並非無據。</p> <p>(二)綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

其他科別案例 2

摘要：非視野惡化，不足以支持系爭用藥之必要性，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/04 類別： 門診 案號： 1002000830 流水號： 006875

科別： 眼科 性別： 女性

診斷： 慢性隅角閉鎖性青光眼、其他慢性過敏性結膜炎、水晶體之其他置換術後

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
XALATAN 50UG/ML (0.005%) (B022540414)	1		1		查所附病歷資料，依視野檢查報告，非視野惡化，不足以支持系爭用藥之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

其他科別案例 3

摘要:病歷無施行耳鼻喉局部治療及繪圖之相關記載，與規定不符。

費用年月： 99/07 類別： 門診 案號： 0992005564 流水號： 000009
 科別： 耳鼻喉科 性別： 男性
 診斷： 急性喉炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
耳鼻喉局部治療-傷口處置及換藥 (54027C)	1		1		<p>一、依全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項貳、八、(六)規定，申報耳鼻喉局部治療，應符合「全民健康保險醫療費用支付標準」規定之適應症，並有相關之設備；且須在有膿汁與痂皮之取出與抽吸及局部塗藥之條件下，方得列報該等處置項目，且僅能擇一申報。單純局部噴灑藥物，包含於基本診療費內，不另支付。另須於病歷上詳細記錄檢查所見及繪圖備查。</p> <p>二、查卷附資料，確如健保局審核意見所載，且病歷無施行處置、治療及繪圖之相關記載，核與前揭規定不符，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

其他科別案例 4

摘要:無完整喉鏡報告供核，不符規定。

費用年月： 100/03 類別： 門診 案號： 1002003978 流水號： 000746
 科別： 耳鼻喉科 性別： 女性
 診斷： 聲帶之其他疾病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
喉鏡檢查 (28004C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項貳、八、(十四):「內視鏡(如喉鏡、鼻咽鏡)檢查應檢附完整報告及繪圖送審，依適應症專業認定適當性，未附者不予支付」。</p> <p>二、本件本會審定認為，健保局初核、複核意見均為「102A、無詳細報告」，申請理由雖稱：「已在病歷上畫了喉內視鏡所見，怎能說無詳細報告」，惟依卷附病歷資料，確如健保局審核意見所載，無完整喉鏡報告供核，不符前揭規定，至申請理由所稱：「此病患我們幫她做了3次的layrngoscope，但才申報1次」云</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>云，惟卷無資料可稽，尚難執為本案之論據。</p> <p>三、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

其他科別案例 5

摘要:GOWELL TAB 主成分含 aluminum magnesium silicate，會影響所有口服 tetracycline class 藥品吸收，2 種藥品使用易產生不當交互作用，不宜合併使用。

費用年月： 99/08 類別： 門診 案號： 1002000276 流水號： 000475

科別： 皮膚科 性別： 女性

診斷： 其他痤瘡、搔癢疾患

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
GOWELL TAB "WECAN" (鋁箔/膠箔) (A0449771G0)	10		10		本件本會審定認為，依卷附資料，系爭 GOWELL TAB "WECAN" (A0449771G0) 主成分含 aluminum magnesium silicate，會影響所有口服 tetracycline class 藥品吸收，2 種藥品使用易產生不當交互作用，不宜合併使用，惟查系爭 99 年 8 月 11 日就醫日同時開立有 Minocycline 藥品，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

居家護理案例 1

摘要：查卷附訪視護理紀錄單，確實有墨色較淡之居家護理師章戳，且依訪視護理紀錄單及醫囑單記載，有護理訪視更換尿管之必要，所請尚屬合理。

費用年月： 100/06 類別： 門診 案號： 1002006326 流水號： 000147

科別： 居家護理 性別： 男性

診斷： 腦血管疾病後遺症、泌尿道感染

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
護理訪視費(次) - 資源耗用群島為第二類(在合理量內) (05303C)	1	1			<p>一、健保局審核意見</p> <p>(一)初核：訪視護理人員未簽名，並建議應一個月訪視 1 次。</p> <p>(二)複核：若確實家訪請補章，因看不清楚，不予補付。</p> <p>二、申請人主張</p> <p>(一)申復理由要旨</p> <p>1.病人為腦中風個案，臥床放置尿管及鼻胃管，100 年 6 月 2 日及 6 月 27 日紀錄時，人員確實有蓋章，惟墨色較淡，以致於列印時看不清楚。</p> <p>2.個案於 100 年 5 月 20 日至 5 月 30 日住院，出院前才更換 NG，而尿管於月初到期，故居家護理師於 6 月 2 日更換尿管。但該病</p>
護理訪視費(次) - 資源耗用群島為第二類(在合理量內) (05303C)	1	1			

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>患常尿管阻塞，且鼻胃管髒汙，居家護理師於 6 月 27 日更換。</p> <p>(二)申請理由要旨</p> <p>腦中風之個案，臥床放置胃管及導尿管，於 100 年 6 月 2 日及 6 月 27 日確實有護理訪視之實，因蓋章之墨色較淡，已依委員建議補蓋章。</p> <p>三、本會審定理由</p> <p>(一)依卷附資料，本件系爭護理訪視費（次）－資源耗用群為第二類（05303C）共 2 次費用之給付。</p> <p>(二)查卷附 100 年 6 月 2 日及 27 日之訪視護理紀錄單，確實有墨色較淡之居家護理師章戳，且依訪視護理紀錄單及醫囑單記載，尿管更換時間為每 30 天，病患原於 100 年 5 月 3 日放置尿管，於同年 6 月 2 日到期，有護理訪視更換之必要，申請人主張：「居家護理師於 6 月 2 日更換尿管，但該病患常尿管阻塞，且鼻胃管髒汙，居家護理師於 6 月 27 日更換」，並非無據，所請尚屬合理，同意給付，其金額由健保局依規定核算後補付。</p>

居家護理案例 2

摘要：訪視地點非個案家中，不符全民健康保險醫療費用支付標準之居家安寧療護範圍，無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/06 類別： 門診 案號： 1002000246 流水號： 000008

科別： 居家護理 性別： 男性

診斷： 口其他部位之惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
醫師訪視費用(次) (05312C)	1		1		一、本件本會審定認為，依卷附資料顯示： (一)有關係爭醫師訪視費部分 查所附病歷資料，確如健保局審核意見所載。 (二)有關係爭護理訪視費、臨終病患護理訪視費部分 查所附病歷資料，未見實際護理訪視起迄時間之相關紀錄，且訪視地點非個案家中，不符全民健康保險醫療費用支付標準之居家安寧療護範圍。 二、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
護理訪視費(次)： 訪視時間一小時以上 (05314C)	1		1		
臨終病患護理訪視費 (05326C)	1		1		

居家護理案例 3

摘要:同一家訪日期之「病患健康狀況評估(A表)」檢附有2份,其紀錄內容卻有不同,尚難判斷何者為是?無法顯示給付之正當性。

費用年月： 99/11 類別： 門診 案號： 1002001812 流水號： 000001

科別： 居家護理 性別： 女性

診斷： 腦內出血、續發性巴金森氏病、伴有腦梗塞之腦動脈阻塞

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
護理訪視費(次) - 資源耗用群第三類 (在合理量內) (05305C)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>醫療法第 67 條第 1 項、第 68 條第 1 項及第 2 項分別規定:「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」、「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時,親自記載病歷或製作紀錄,並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷或紀錄如有增刪,應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日;刪改部分,應以畫線去除,不得塗燬。」。</p> <p>二、本件本會審定認為,查卷附資料申復及申請爭議審議理由均雷同,雖略稱:「醫訪單與 A 表不符,一時不察未儲存,致資料有誤造成疏忽,個案確實有 low leg</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>pitting edema (+) 的現象，予以修正。」，惟查同一家訪日期 99 年 11 月 1 日之「病患健康狀況評估 (A 表) 」檢附有 2 份，其紀錄內容卻有不同，尚難判斷何者為是？無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定爰予維持。</p> <p>三、另建請貴護理之家宜加強病歷紀錄品質，確實依首揭規定記載病歷或製作紀錄，以維自身權益，併予敘明。</p>

居家護理案例 4

摘要:檢驗值已有異常情形,惟查未見相關照護計畫,且超過半年未再追蹤檢查,照護品質宜加強改善,無法顯示給付之正當性。

費用年月： 100/05 類別： 門診 案號： 1002006457 流水號： 000047

科別： 居家護理 性別： 男性

診斷： 急性呼吸衰竭、腦內出血、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
護理訪視費(次) - 資源耗用群第三類 (在合理量內) (05305C)	1		1		本件本會審定認為,依卷附資料,病人 99 年 10 月 5 日 Na 檢驗值為 121.8 Meq/L, 已有異常情形, 惟查未見相關照護計畫, 且超過半年未再追蹤檢查, 照護品質宜加強改善, 自無法顯示需給付所請費用之正當理由, 健保局原核定並無不合, 應予維持。

伍、事前審查案例

免疫調節劑案例 1

摘要:申請人於達充分治療後，僅檢附 1 次 DAS28 評分，核與規定不符。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012000380 流水號： -

科別： 風濕免疫科 性別： 女性 年齡： 43 歲

診斷： 類風濕性關節炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ENBREL (ETANERCEPT) 25MG (K000713240)	48		48		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險藥品給付規定之 8.2.4.2.Etanercept (如 Enbrel)。</p> <p>二、本會就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，本會僅就保險人(健保局)依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，本會不予認定。</p> <p>三、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「714.0」(類風濕性關節炎)。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(二)查卷附資料，健保局受理申請人申請複審日期為 100 年 12 月 28 日，核定日期為 101 年 1 月 4 日，惟查卷附於 101 年 1 月 11 日進行之 DAS28 積分評估，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，本會不予認定，合先陳明。</p> <p>(三)查所附病歷資料，病患使用 DMARDs 情形，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.100 年 3 月 30 日使用 Plaquenil (200mg) 1 顆 BID，同年 5 月 11 日起併用 Methotrexate (2.5mg) 2 顆 TIW (即 15mg / week，達標準目標劑量) 及 Prednisolone (5mg) 2 顆(5 月 18 日改為 1 顆)BID。 2.同年 6 月 1 日起 Methotrexate 改用肌肉注射。 3.同年 8 月 17 日及 9 月 21 日之 Methotrexate 劑量未達標準目標劑量 15mg/week。 4. 同年 10 月 12 日起使用 Methotrexate (2.5mg) 2 顆 TIW (15mg/week) 達標準目標劑量。 <p>(四)本案應於 100 年 12 月 12 日達充</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>分治療後，評估 DAS28 評分至少 2 次，且需相隔 1 個月以上，惟申請人於 100 年 12 月 12 日達充分治療後，僅檢附 1 次 DAS28 評分，另外 1 次 100 年 11 月 2 日之 DAS28 評分，為充分治療前之評分，核與前揭規定不符。</p> <p>四、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>五、另建請貴院依規定備齊文件後，重新送健保局審核，以維病患權益，併予敘明。</p>

抗腫瘤藥物案例 1

摘要:病患於術中即發現轉移，惟術後未接受化療，直至另次住院後，使用自費 Avastin+Xeloda，本次申請作為轉移性大腸癌第一線治療用藥，核符規定，同意所請。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1002006753 流水號： -

科別： 血液腫瘤科 性別： 女性 年齡： 58 歲

診斷： 結腸惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
AVASTIN INJECTION (K000874219)	18	18			<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險藥品給付規定之 9.37.Bevacizumab (如 Avastin)。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「1539」(結腸惡性腫瘤)。</p> <p>(二)依卷附原送核病歷資料，病患於 100 年 6 月 15 日接受手術，術中即發現肝及肺轉移，惟術後未接受化療，直至 100 年 9 月 28 日住院後，於 100 年 9 月 30 日基於臨床之考量使用自費 Avastin+Xeloda，本次申請使用系爭藥品，作為轉移性大腸癌第一線治療用藥，核符首揭規定。</p> <p>三、綜上，以健保給付系爭項目尚屬</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					病情所需，爰將健保局原核定撤銷，同意所請。

抗癌藥物案例 2

摘要:服用 Iressa 引發肝炎，乃為藥物之不良反應，非屬藥物之副作用，部分 Tarceva 同意所請。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1002001501 流水號： -

科別： 胸腔內科 性別： 男性 年齡： 54 歲

診斷： 支氣管及肺惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
Tarceva Film-Coated tablets 100mg (B024410100)	90	30	60		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險藥品給付規定之 9.29. erlotinib (如 Tarceva)。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>病人是 never smoker，疾病惡化後申請 Iressa 通過，但使用 Iressa 一個月後，雖然臨床症狀有改善，但 GPT 上升到 274 U/L，停掉 Iressa 後，肝功能下降，再使用 Iressa，肝功能又再次上升。因此自費使用 Tarceva，使用 2 星期後，肝功能未再上升。</p> <p>三、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「1629」(支氣管及肺惡性腫瘤)。</p> <p>(二)查所附病歷資料，病人為肺腺癌</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>合併轉移之患者，經使用 Iressa 後發生肝炎反應而停止治療。</p> <p>(三)又查本案因服用 Iressa 引發肝炎，乃為藥物之不良反應，非屬藥物之副作用，且 Iressa 與 Tarceva 藥物雖藥理效果相似，其化學結構與代謝路徑卻不相同，本會同意病患先行使用系爭藥品 1 個月，無類似之藥物不良反應後，再另案申請。</p> <p>四、綜上，以健保給付系爭藥品 1 個月尚屬病情所需，爰將健保局原核定部分撤銷，同意所請；其餘部分無法顯示申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

抗腫瘤藥物案例 3

摘要：因服用 Tarceva 引發之副作用，所請系爭 Iressa 替換使用，核與規定不符。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1002002304 流水號： -

科別： 胸腔內科 性別： 男性 年齡： 84 歲

診斷： 上葉之支氣管或肺惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
IRESSA FILM-COATED TABLETS 250MG (B023808100)	90		90		<p>一、相關規定</p> <p>(一)全民健康保險藥品給付規定之 9.29.Erlotinib (如 Tarceva)：5.若使用本藥品治療失敗或無法忍受其副作用，不得替換使用 gefitinib(如 Iressa)。</p> <p>(二)全民健康保險藥品給付規定之 9.24.Gefitinib(如 Iressa)：5.若使用本藥品治療失敗或無法忍受其副作用，不得替換使用 erlotinib(如 Tarceva)。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「162.3」(上葉之支氣管或肺惡性腫瘤)。</p> <p>(二)申請理由雖略稱：「The patient is hypersensitive to Tarceva related</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>thrombocytopenia. He took Tarceva 150mg qd since 1月10日 and his plat=12000(100年3月10日)related oral bleeding and tapping to 0.5# qd since 3月16日 and plat 77000 (100年3月30日) with bleeding. Then we DC the Tarceva since 3月30日 and his plat=142000 without bleeding (100年4月13日).Therefore he need to change Iressa due to the Tarceva related thrombocytopenia」。</p> <p>(三)依所附「○○醫院化學治療明細表」，病患於100年1月10日開始使用 Tarceva 治療，申請人雖主張病患因服用 Tarceva 引發 thrombocytopenia 而停止使用云云，惟查其 thrombocytopenia 係屬 Tarceva 之副作用，所請系爭 Iressa 替換使用，核與上開規定不符。</p> <p>三、綜上，無法顯示本案於100年4月6日申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

抗腫瘤藥物案例 4

摘要：爭議審議階段始提出之病歷資料，本會不予認定，復依原送核資料，無法佐證病人病情復發及轉移，核與規定不符；另建請以新事證，重新送健保局審核，以維病人權益。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012003621 流水號： -

科別： 放射腫瘤科 性別： 女性 年齡： 59 歲

診斷： 支氣管及肺惡性腫瘤、骨骼及骨髓之續發性惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ALIMTA FOR INJECTION 100MG (B024874255)	18		18		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險藥品給付規定之 9.26 Pemetrexed (如 Alimta)。</p> <p>二、本會就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，本會僅就保險人(健保局)依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，本會不予認定。</p> <p>三、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「1629、1985」(支氣管及肺惡性腫瘤、骨</p>
ALIMTA POWDER FOR CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION (B024084277)	6		6		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>骼及骨髓之續發性惡性腫瘤)。</p> <p>(二)查卷附資料，依 101 年 6 月 22 日之腦部 CT 檢查報告，確為腦部轉移病灶。</p> <p>(三)惟查本件健保局受理申請人申請複審日期為 101 年 5 月 17 日，核定日期為 101 年 5 月 24 日，足見卷附前開 101 年 6 月 22 日之腦部 CT 檢查報告，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭意旨，本會不予認定，合先陳明。</p> <p>(四)復依原送核資料，101 年 5 月 15 日之肺部 CT 檢查報告，無法佐證病人病情復發及轉移，核與首揭規定不符。</p> <p>四、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>五、另建請貴院以 101 年 6 月 22 日之腦部 CT 檢查報告等新事證，重新送健保局審核，以維病人權益，併予敘明。</p>

骨科特殊材料案例 1

摘要：系爭項目健保局初核核定同意備查部分數量，申請人仍就原送核數量提起申復，健保局複核卻改為均不予同意，有違行政救濟不得為更不利於申請人決定之原則。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012003969 流水號： -

科別： 神經外科 性別： 女性 年齡： 55 歲

診斷： 頸椎關節退化併脊髓病變

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
AESCULAP CESPACE PEEK CERVICAL FUSION SPACER 雅氏樹脂 頸椎融合植入物 (FBSFAFJ00CAE)	3	1	2		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第八部第三章特材品名適應症及使用規範備註代碼 D112- 3 及 D112-4。</p> <p>二、查卷附資料，申請書所載傷病名稱為「7211」(頸椎關節退化併脊髓病變)。左列系爭項目健保局初核核定同意備查部分項目 (FBSFAFJ00CAE 1 個)，複核改為均不予同意，與行政救濟不得為更不利於申請人決定之原則有違，先予敘明。</p> <p>三、依所附資料及 X 光片顯示，C4/5 HIVD 較明顯，disc 切除後會引起不穩定，分述如下：</p>
TITANIUM CERVICAL SPINE LOCKING PLATE SYSTEM 三節 (450+451+488 自 90/04/01 生效) (FBSFC487XNS1)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(一)系爭脊椎間體護架 (FBSFAFJ00 CAE) 部分，同意給付 1 個，其餘 2 個不予給付。</p> <p>(二)系爭頸椎固定桿鉤組(FBSFC487 XNS1)部分，不予給付。</p> <p>四、綜上，爰將健保局原核定部分撤銷，同意所請；其餘部分無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

骨科特殊材料案例 2

摘要:病人膝關節有退化性病變，關節間隙小於二分之一以上，惟無兩個 compartments 以上之關節病變，且無相關經保守療法無效之資料佐證，不符規定。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012005193 流水號： -

科別： 骨科 性別： 男性 年齡： 65 歲

診斷： 局部骨關節病，小腿

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
NEXGEN LPS-FLEX COMPLETE KNEE SYSTEM (FBKPA8000TZ1)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第八部第三章特材品名適應症及使用規範備註代碼 D108-1。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>申請書所載傷病名稱為「715.36」(局部骨關節病，小腿)。依所附資料及 X 光片顯示，病人左側膝關節有退化性病變，關節間隙小於二分之一以上，惟無兩個 compartments 以上之關節病變，且無相關經保守療法無效之資料佐證，不符首揭規定。</p> <p>三、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

骨科特殊材料案例 3

摘要：病人僅內側脛骨股骨關節之單側關節病變，不符規定；另專業審查係就申請人所附之病歷資料進行審查及判斷，不同申請人所附資料有別，申請特殊材料品項互異，縱同為人工膝關節特殊材料費用，仍會有不同之專業判斷結果，申請人所稱核難執為本案之論據。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012003070 流水號： -

科別： 骨科 性別： 男性 年齡： 68 歲

診斷： 未明示全身或局部之骨關節病，小腿

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
NEXGEN LPS-FLEX COMPLETE KNEE SYSTEM (FBKPA8000TZ1)	2		2		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第八部第三章特材品名適應症及使用規範備註代碼 D108- 1。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>申請書所載傷病名稱為「715.96」(未明示全身或局部之骨關節病，小腿)。依所附資料及 X 光片顯示，病人為 bilateral OA knee，惟僅內側脛骨股骨關節之單側關節病變，不符首揭規定。</p> <p>三、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>四、另申請人所稱：「病患已在○○醫</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					院申請通過 TKA，病患選擇到本院接受治療，同一區審核標準不同，著實令人無法接受」云云，惟查專業審查係就申請人所附之病歷資料進行審查及判斷，不同申請人所附資料有別，申請特殊材料品項互異，縱同為人工膝關節特殊材料費用，仍會有不同之專業判斷結果，申請人所稱核難執為本案之論據，併予敘明。

骨科特殊材料案例 4

摘要：病人膝關節有退化病變，medial compartment 之關節間隙小於二分之一，惟僅一個 compartment 病變，不符規定，且年齡尚輕，宜使用其他療法。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012002181 流水號： -

科別： 骨科 性別： 女性 年齡： 48 歲

診斷： 未明示全身或局部之骨關節病，小腿

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
NEXGEN MIS COMPLETE KNEE SOLUTION (LPS-FLEX)微創全 人工膝關節組 (FBKPA8100TZ1)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第八部第三章特材品名適應症及使用規範備註代碼 D108- 1。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>申請書所載傷病名稱為「71596」(未明示全身或局部之骨關節病，小腿)。依所附資料及 X 光片顯示，病人 48 歲，左側膝關節有退化病變，medial compartment 之關節間隙小於二分之一，惟僅一個 compartment 病變，不符首揭規定，且年齡尚輕，宜使用其他療法。</p> <p>三、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					由，健保局原核定並無不合，應予維持。

牙醫診療項目案例 1

摘要：病患因無法配合門診治療，由其他院所之兒童牙科專科醫師轉診，於申請人醫院就醫，發現有 10 顆蛀牙待處理，且病童行為無法配合，經 2 次行為控制無效，同意所請。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1002002024 流水號： -

科別： 牙科 性別： 男性 年齡： 3 歲

診斷：

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 二小時以內 (96020C)	1	1			<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第十節「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」項目註：「1.限麻醉科專科醫師施行。2.牙科施行本項目須符合下列情況：(1)施行口腔顎面外科開刀房手術。(2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。(3)罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請」。</p>
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 二小時至四小時，每增加 30 分鐘(96021C)	4	4			
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 四小時以上，每增加 30 分鐘 (96022C)	2	2			

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>申請書所載傷病名稱為「521.0 齲齒」。依所附病歷資料顯示，病患因無法配合門診治療，由其他院所之兒童牙科專科醫師轉診，於申請人醫院就醫，發現有 10 顆蛀牙待處理，且病童行為無法配合，經 2 次行為控制無效。</p> <p>三、綜上，以健保給付系爭項目尚屬病情所需，爰將健保局原核定撤銷，同意所請。</p>

牙醫診療項目案例 2

摘要：顎裂之兒童，於乳牙期施行矯正，係為將上顎骨撐開，以利產生空間讓恆牙發育，並非做為乳牙之排列。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1002003989 流水號： -

科別： 牙科 性別： 男性 年齡： 8 歲

診斷：

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
亞克力基板 (92109B)	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」之全民健康保險先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付試辦計畫支付標準。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>患者因唇顎裂，導致左上正中門牙旋轉，異位萌發，需接受上顎齒列矯正，幫助其萌發，並進一步接受植骨手術，且植骨前的矯正，重點不在乳牙或恆牙，而是必需將裂縫旁的齒列排整齊，並縮小裂縫，以利手術之進行。</p> <p>三、病歷記載、病情部分</p>
恆牙期牙齒矯正(單顎)第一次給付 (92115B)	1		1		
恆牙期牙齒矯正(單顎)第二次給付 (92117B)	1		1		
恆牙期牙齒矯正(單顎)第三次給付 (92119B)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>申請書所載傷病名稱為「74921」(完全顎裂伴有唇裂,單側)。查卷附資料,確如健保局審核意見所載,且顎裂之兒童,於乳牙期施行矯正,係為將上顎骨撐開,以利產生空間讓恆牙發育,並非做為乳牙之排列。</p> <p>四、綜上,無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由,健保局原核定並無不合,應予維持。</p>

其他項目案例 1

摘要:依卷附 FEV1 報告資料、病歷記載顯示，核符規定，同意所請。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1002000132 流水號： -

科別： 胸腔內科 性別： 男性 年齡： 57 歲

診斷： 氣喘併氣喘積重狀態

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
XOLAIR 150 MG POWDER AND SOLVENT FOR SOLUTION FOR INJECTION (K000835261)	8	8			<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險藥品給付規定之 6.2.6. Omalizumab (如 Xolair)。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「49391 Asthma」(氣喘併氣喘積重狀態)。</p> <p>(二)申請理由略以:「申復補上符合申請之 FEV1 之報告，但仍再次被退件，其理由仍是 FEV1 未達\geq 200 ml，請委員針對此問題，給予重新核定」，依卷附 FEV1 報告資料，核符首揭「支氣管擴張試驗顯示 FEV1 reversibility 超過 12%與絕對值增加 200ml 以上」之規定。復依卷附病歷記載顯示，「frequent ER visits」及 99</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>年 10 月曾因 acute exacerbation 住院，核符首揭「接受藥物仍控制不良者」之規定。</p> <p>三、綜上，以健保給付系爭項目尚屬病情所需，爰將健保局原核定撤銷，同意所請。</p>

其他項目案例 2

摘要：病人於追蹤期間，其預估身高減少未達 5 公分，與規定之治療條件不符。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012005020 流水號： -

科別： 小兒科 性別： 女性 年齡： 7 歲 3 個月

診斷：

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
LEUPLIN DEPOT 3.75MG S.C. INJECTION (B0194932AA)	13		13		<p>一、相關規定</p> <p>全民健康保險藥品給付規定之 5.5.1.Gn-RH analogue (如 Leuprorelin)。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「中樞性早熟」。</p> <p>(二)查所附資料，101 年 1 月 11 日及同年 7 月 4 日骨齡分別為 10 歲及 11 歲 6 個月，預估成人身高分別為 154.3 公分及 150.4 公分，病人於追蹤期間，其預估身高減少未達 5 公分，與上揭規定之治療條件不符。</p> <p>三、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					由，健保局原核定並無不合，應予維持。

其他項目案例 3

摘要:依心電圖顯示,無 CLBBB pattern, narrow QRS (QRS 寬度<0.12sec), 不符 CRT 規定之適應症。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012004101 流水號： -

科別： 心臟血管內 性別： 男性 年齡： 83 歲
 科

診斷： Mobitz 氏 (第二型) 房室傳導阻滯、左心衰竭、充血性心臟衰竭

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
"美敦力"信可心臟再同步節律器 "MEDTRONIC"SYN CRA CRT-P CARDIAC RESYNCHRONIZA TION THERAPY PACEMAKER (FHPHF0C2TRM4)	1		1		一、相關規定 全民健康保險醫療費用支付標準第八部第三章特材品名適應症及使用規範備註代碼 B103-2、B104-1、C301-1。 二、健保局審核意見 (一)初核:患者為 narrow QRS 只須裝置 dual chamber ICD 即可, 不符 CRT 之要件。 (二)複核: 1.病人為擴張型心肌病變 (dilated cardiomyopathy)with narrow QRS, 不符合健保局 CRT 給付標準。2.CRT(心臟再同步化治療)不能證明對此種病人有效。
"美敦力"康妥植入式心臟去顫器 CONCERTO IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (FHFCDC174AM4)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
"美敦力"艾坦左心室傳送系統 "MEDTRONIC" ATTAIN COMMAND LEFT HEART DELIVERY SYSTEM (CGS01ATTCSM4)	1		1		<p>三、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「426.12」〔Mobitz 氏(第二型)房室傳導阻滯〕等。</p> <p>(二)查卷附資料，病人罹患 CHF、dilated cardiomyopathy，惟依心電圖顯示，無 CLBBB pattern，narrow QRS (QRS 寬度 <0.12sec)，不符首揭規定之適應症，且無 heart echo 資料佐證，病人對 CRT 治療之反應，逕予使用系爭項目，對病人不一定有益。</p> <p>四、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p> <p>五、另，病人 FCⅢ-Ⅳ、LVEF18%，有 VT，可考慮裝 dual chamber ICD 加上適當藥物治療，併予敘明。</p>
"美敦力"艾坦插入式導線 "MEDTRONIC"ATT AIN OTW LEAD (FHPHF04194M4)	1		1		
"美敦力"艾坦史塔菲導線 "MEDTRONIC" ATTAIN STARFIX LEAD (FHPHF04195M4)	1		1		
"美敦力"艾坦艾比利導線 "MEDTRONIC" ATTAIN ABILITY LEAD (FHPHF04196M4)	1		1		

其他項目案例 4

摘要:無論 asthma 或 COPD，病人用藥皆不足，宜再更積極控制疾病，不足以支持系爭居家照護申請收案處置之必要性。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012003258 流水號： -

科別： 居家護理 性別： 女性 年齡： 77 歲

診斷： 其他肺部疾病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
居家照護申請收案	1		1		<p>一、相關規定</p> <p>「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫支付標準第二章第二節居家照護階段。</p> <p>二、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「51885 慢性呼吸衰竭」。</p> <p>(二)查卷附資料，病人意識清楚，膽囊開刀後併發肺炎、肺積液與腎上腺功能不全，導致呼吸器屢次脫離失敗，惟病人於 101 年 3 月 16 日開刀後，數次判定可拔管，且平時使用 NASAL CANNULA；另，無論 asthma 或 COPD，病人用藥皆不足，宜再</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>更積極控制疾病，不足以支持系爭處置之必要性。</p> <p>三、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。</p>

陸、行政審查案例

行政審查案例 1

摘要：申請人報備醫師支援養護機構門診醫療服務，未經健保局同意，與規定不符，健保局不予支付費用，核屬有據。

案號：1002002715

案由：○○醫院申請行政核減共 3 案 99 年 7、8、9 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特管辦法）第 26 條規定：「特約醫院及診所得派遣醫師至經目的事業主管機關許可設立，並備有符合醫療機構設置標準之診療空間之公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構及護理之家，為保險對象提供一般門診診療服務。前項特約醫院及診所之派遣醫師，應向當地衛生主管機關報准，並經保險人同意始得為之。」。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 14 條：「保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查：一、保險對象之資格。二、保險給付範圍之核對。三、保險支付標準及藥價基準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審。七、事前審查案件之核對。八、其他醫療服務申報程序審查事項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。」。
- (三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項規定：「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」。
- (四) 行政院衛生署中央健康保險局 100 年 3 月 22 日健保○字第 1001502076 號函要旨：
 1. 申請人函報○○○醫師自 100 年 1 月至 100 年 12 月期間，支援○○市○○老人養護中心等 4 家養護中心，執行一般門診醫療業務，健保局同意登錄備查。
 2. 依特管辦法規定，申請人報備○○○醫師 99 年度至○○老人養護中心等 5 家支援醫療業務，該局歉難同意。

二、健保局審核意見

- (一) 初核：依醫療費用 PHE 清單核減明細表，係載以核減代碼「K41（醫師看診日與支援其他機構醫事人員檔之星期註記不符）」，追扣申請人申報之 99 年 7 月份、8 月份及 9 月份門診醫療費用，核減點數分別為 68,061 點、58,443 點及 59,970 點。
- (二) 複核：查醫管檔，支援安養機構，醫師未報備。

三、申請理由要旨

- (一) 原自 98 年報備支援出診機構所檢具之機構資料與 99 年的機構對象並無增減及差異，故以為自“醫事人員報備系統”上網申報出診時即會連線健保局核備。
- (二) 雖該局有提醒資料未完備，但均以已報備之“醫事人員報備系統”資料回覆，而忽略應重新所有資料之彙整及報備。當時因又適逢本院醫療評鑑，事務繁雜，因承辦人員疏忽而造成院方重大的損失，懇請賜教是否有補救辦法。

四、本會審定理由

- (一) 依卷附資料，系爭 99 年 7 月份至 9 月份○○○醫師支援照護機構門診醫療服務費用之給付，分別為 68,061 點、58,443 點及 59,970 點，查申請人報備○○○醫師 99 年度至○○老人養護中心等 5 家支援醫療業務，未經健保局同意，有健保局 100 年 3 月 22 日健保○字第 1001502076 號函及「MHAH6820S02_醫事機構支援扶療養機構清單」附卷可稽，亦為申請人所不予否認，即與首揭規定不符，從而健保局依規定，不予支付系爭申請人 99 年 7 至 9 月份派遣○○○醫師至照護機構支援門診醫療服務之費用，核屬有據。
- (二) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。另為維護申請人自身權益，嗣後請貴院確實完成報備之行政作業，併予敘明。

行政審查案例 2

摘要：醫師變更執業機構之同時，未經重新報准支援及報經健保局同意，逕至申請人診所支援門診醫療服務，與規定不符，健保局不予支付費用，核屬有據，且申請人既有違規事實，當無由主張不法之平等。

案號：1002006391

案由：○○診所申請行政核減 100 年 7 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特管辦法）第 23 條第 1 項：「服務機構之醫師於開業處所外，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。」。

二、健保局審核意見

- (一) 初核：(健保局 100 年 9 月 21 日健保○費○字第 1003632074 號函) 依「○○耳鼻喉科診所 100 年 7 月份送核案件兼任醫師○○○醫師未報備申報費用核減明細」，核減申請人申報之 100 年 7 月份門診醫療費用計 38,071 點。
- (二) 複核：○○○醫師原於○○診所(機構代碼○○○○○○○○○○)執業並報備支援申請人診所至 100 年 7 月 4 日(○○診所於 100 年 7 月 4 日歇業)，○○○醫師於 100 年 7 月 5 日起於○○耳鼻喉科診所執業，惟 100 年 7 月 5 日至 100 年 7 月 31 日期間，查無該診所向當地衛生主管機關報備核准○○○醫師支援申請人診所之資料。依特管辦法第 30 條(行政院衛生署 99 年 9 月 15 日衛署健保字第 0992660201 號令修正發布為第 23 條)第 1 項規定，申請人申報○○○醫師於 100 年 7 月 5 日至 100 年 7 月 31 日期間之醫療費用，不予補付。

三、申請理由要旨

- (一) ○醫師原掛牌診所負責人及代碼異動時，○市衛生局未告知支援申報同時被撤銷，必須即時申報，以致○醫師仍定時支援本診所，及至新診所成立才完成補辦支援手續。
- (二) 令人不解的是，○醫師 7 月間同時在○○市某耳鼻喉科診所支援，但該診所之費用絲毫未扣，本人去電○區健保局詢問，竟告知是電腦未稽核出來，因為不同之承辦人。
- (三) ○○診所某○姓醫師 7 月間也未完成報備，同時在○○路○○○○中心支援，也未被稽核出來，本人去電承辦人，竟告知事涉醫師隱私，無法告知勾稽結果，推諉塞責，莫此為甚。
- (四) 同一套法源規定，竟有一國兩制之結果，如此執法品質，如何令人信服。

四、本會審定理由

- (一) 依卷附資料，本件系爭 100 年 7 月份○○○醫師未經報准支援申請人診所之門診

診療費用，計 38,071 點之給付。

- (二) 查○○○醫師原為「○○診所(機構代碼○○○○○○○○○○)」執業醫師，於 100 年 3 月 7 日申請報備支援申請人診所，報備期間為 100 年 3 月 8 日至 12 月 30 日，案經○○市政府衛生局核准通過，核准日期及文號為 100 年 3 月 8 日○衛醫字第 1000028709 號，嗣又以人員歇業為由，於 100 年 7 月 4 日臨櫃申請註銷 100 年 7 月 5 日至 12 月 30 日之支援，有醫事人員報備支援申請書可稽(案件編號:10003070519、10003070519)，且該申請書注意事項欄已載明：「若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請」。
- (三) 又查○○○醫師於 100 年 7 月 5 日即變更執業機構為「○○耳鼻喉科診所(機構代碼○○○○○○○○○○)」，卻至 100 年 8 月 3 日始提出報備支援申請人診所之申請，經報准支援之期間為 100 年 8 月 5 日至 101 年 8 月 3 日，則○○○醫師 100 年 7 月 5 日至 7 月 31 日期間，未經報准支援及報經健保局同意，逕至申請人診所支援門診醫療服務，即與首揭規定不符，從而健保局依前揭規定，不予支付系爭 100 年 7 月份門診診療費用，核屬有據。
- (四) 另申請人主張衛生局未告知支援申報同時撤銷，必須即時申報及某○姓醫師未完成報備支援，未被稽核，同一套法源規定，竟有一國兩制之結果云云，核有誤解，分述如下：
1. 經查卷附○○市政府衛生局「醫事人員報備支援申請書」之注意事項欄已載明：「若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。」。
 2. 有關「某○姓醫師未完成報備支援，未被稽核」一節，姑不論實情如何？核屬另案範疇，且主張平等原則之基礎事實應為合法，並不包含違法行為均不予取締制裁的不法平等，此有臺灣高等法院 99 年度交抗字第 2125 號裁定可資參照，本件申請人既有上開違規事實，已如前述，當無由主張不法之平等。
- (五) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。另為維護申請人自身權益，嗣後請依規定確實完成報備之行政作業，併予敘明。

行政審查案例 3

摘要：核准支援期限屆滿，未依規定完成繼續支援報備申請，仍繼續前往申請人診所支援，不符規定。

案號：1002002719

案由：○○診所申請行政核扣(○○○等)99年11月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特管辦法)第23條規定：「服務機構之醫師於開業處所外，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。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。」。

二、健保局審核意見要旨

- (一)初核：依「門診醫療費用核定總表」，載以「Dr. 未報備」，核減申請人申報之99年11月份門診醫療費用計115,176點。
- (二)複核：申請人診所未依規定報備支援醫師，該局未便同意補付。

三、申請理由要旨

- (一)診所前後均有申報報備支援，只是在年度交接時，不察未完成電腦報備。事後主動向○○縣衛生局補報備，經罰款並告知本診所已完成報備。
- (二)但健保局並不予認可，兩公務機關因不願對此事負責，造成本診所實質受害：一被核減，另一被罰鍰。造成一事二罰之結果，實有不公。

四、健保局提具意見要旨

- (一)申請人診所支援醫師不及報備案，雖於100年1月19日補報備，惟○○縣政府衛生局未予核備，僅同意○○○醫師自100年1月1日起支援，並於100年2月16日以○衛醫字第1000002045號行政裁處書，依違反醫師法第8條之2規定，處新台幣2萬元罰鍰。
- (二)該局於100年3月16日以健保醫字第1000024355號函復○○縣政府衛生局，服務機構之醫師至其他特約院所執行業務，如未依規定報經當地衛生主管機關核准者，其向該局申報之醫療費用，該局不予給付。爰○○○醫師於99年11月1日至99年11月30日期間支援申請人診所門診業務之醫療服務費用，該局不予給付。

五、本會審定理由

- (一)依卷附資料，本件系爭99年11月份○○○醫師支援申請人診所門診診療之費用給付，○○○醫師前於98年10月至99年10月期間，經報備核准支援申請人診所門診醫療服務，惟於該核准支援期限屆滿，未依規定完成繼續支援報備申請，

仍繼續前往申請人診所支援，不符首揭規定，有○○縣政府衛生局 100 年 3 月 8 日○衛醫字第 1000002194 號函及健保局 100 年 3 月 16 日健保醫字第 1000024355 號函附卷可稽。

- (二) 申請理由雖略稱：「事後主動向○○縣衛生局補報備，經罰款並告知本診所已完成報備，但健保局並不予認可，兩公務機關因不願對此事負責，造成本診所實質受害，一事二罰之結果」，惟查○○縣政府係就○○○醫師之執業機構為○○○診所，卻事先未經報准支援即前往申請人診所執行醫療業務，乃依醫師法第 8 條之 2 規定，處以罰鍰，與健保局係以○○○○診所之執業醫師○○○，未依法報經該局同意即前往支援申請人診所，逕予提供保險對象醫療服務，並申報相關醫療費用，乃依前揭特管辦法第 23 條第 1 項規定，不予支付相關費用之情形，二者並不相涉，申請人所稱核有誤解。
- (三) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。另為維護申請人自身權益，嗣後請依規定確實完成報備之行政作業，併予敘明。

行政審查案例 4

摘要：申報巡迴醫療服務護理人員報酬（P2007C），未檢附該執行期間經向衛生主管機關報備同意支援之文件供核，與規定不符，健保局不予支付費用，核屬有據。

案號：1002002431

案由：○○醫院申請行政核減共 2 案 100 年 1、2 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

（一）100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案（以下簡稱本方案）八、（一）申請流程及其附件 2 規定：辦理本方案巡迴醫療服務醫院，持衛生局核備之醫護人員及巡迴地點同意函，向欲施行區域之本保險人分區業務組提出申請，經核定後即執行本方案。

（二）行政院衛生署中央健康保險局 100 年 3 月 3 日健保○字第 1001000796 號函要旨：

1. 申請人申請參與本方案，前往○○市○○區○○里、○○里，辦理偏遠地區巡迴醫療服務，健保局同意醫師支援時段為○○○醫師自 100 年 1 月 1 日起至 100 年 2 月 28 日止，每週四下午，支援○○里，惟本階段護理人員未檢附經衛生主管機關報備同意支援函。

2. 申請人醫院執行巡迴醫療看診案件之醫療費用，請確實依本計畫九、支付標準及醫療費用申報與審查之規定申報，另計畫若有異動，亦請依規定向衛生主管機關及健保局申請核備。

二、健保局審核意見要旨

（一）初核：依行政院衛生署中央健康保險局西醫資源缺乏地區巡迴醫療核定總表，核減 100 年 1、2 月份申報之「P2007C 護理人員報酬(一般日,每次)」各 3 次計 3,600 點，共計 7,200 點。

（二）複核：依健保○字第 1001000796 號函說明二，自 100 年 1 月 1 日起至 100 年 2 月 28 日止，本階段護理人員未檢附經衛生主管機關報備同意支援函，不予補付。

三、申請理由要旨

（一）本院依規定於申請期限內(100 年 2 月 1 日)提出申請辦理本計畫案，惟因本院原規劃待計畫申請通過後，再依新申請之地點及期程繼續辦理(實際核准文號為 100 年 3 月 3 日，文號：健保○字第 1001000796 號)，但因○○區○○里來函懇請本院考量醫療照護之延續性及社區民眾之醫療需求，勿中斷駐診醫療服務。故隨即調度醫護人力繼續到該里駐診，因而未及報備程序。

（二）本院依本計畫案之精神、目的及社區醫療照護之需求，派遣醫護人力提供醫療服務，懇請考量 100 年 1-3 月乃為計畫案年度銜接之期間，以及本院積極協助社區醫療照護之辛勞，能給予護理人員報酬。

四、本會審定理由

- (一) 依卷附資料，系爭100年1、2月份「西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區方案--巡迴醫療服務護理人員報酬(P2007C)」，共6次，合計7,200點費用之給付，分別為申請人於100年1月13、20、27日及同年2月10、17、24日派遣護理人員○○○至○○鄉支援醫療業務之報酬，惟申請人未檢附該段期間經向衛生主管機關報備同意支援之文件供核，有健保局100年3月3日健保○字第1001000769號函及「增進偏遠地區健保醫療服務計畫醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表」附卷可稽，亦為申請人所不予否認，即與首揭規定不符，從而健保局依前揭規定，不予支付申請人派遣護理人員○○○於100年1至2月支援偏遠地區巡迴醫療服務之費用，核屬有據。
- (二) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。另為維護申請人自身權益，嗣後請貴院確實完成報備之行政作業，併予敘明。

行政審查案例 5

摘要：申請人診所之負責醫師為非復健科專科醫師，且申報費用之 2 位醫師，雖均為復健科專科醫師，但非屬申請人聘用之專任復健科專科醫師，與規定不符。

案號：1002001374

案由：○○診所申請行政核減 2 案 99 年 9 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 2 條第 1 項及第 3 條第 1 項規定分別為：「保險人為審查保險醫事服務機構提供全民健康保險醫療服務項目、數量、適當性及品質，依本辦法規定辦理審查，並據以核付費用。」及「本辦法所稱醫療服務審查包括醫療服務申報及支付、程序審查及專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。」。
- (二) 同辦法第 14 條規定：「保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查：一、保險對象之資格。二、保險給付範圍之核對。三、保險支付標準及藥價基準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審。七、事前審查案件之核對。八、其他醫療服務申報程序審查事項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。」。
- (三) 全民健康保險醫療費用支付標準（以下簡稱支付標準）診療項目「中度治療-中度(42017C)」、「中度治療-複雜(42018C)」附註限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。

二、健保局審核意見

- (一) 初核：以核減代碼 C8[醫事機構查無專科醫師]，行政核扣申請人 99 年 9 月份申報醫令代碼 42017C 54 筆共 77 次，核減金額計 20,405 點，42018C 3 筆共 6 次，核減金額計 2,400 點。
- (二) 複核：原核減案件均為兼任醫師，不同意補付。

三、申請理由要旨

- (一) 本診所設有專任之復健科專科醫師如下：
 1. 醫師姓名：林○○，身分證號：○○○○○○○○○○，復專醫字第○○○○號。
 2. 另聘有報備核准的支援復健科專科醫師，醫師姓名：劉○○，身分證號：○○○○○○○○○○，復專醫字第○○○號及醫師姓名：黃○○，身分證號：○○○○○○○○○○，復專醫字第○○○○號。

- (二) 申報 42017C、42018C、43032C 代碼，符合健保規定。
- (三) 診所設有專任之復健專科醫師，申報依支付標準代碼申報費用，當專任醫師遇有進修或出國時會情同為復健科醫師支援報備後代診業務，因同為復健專科醫師，同樣的處置，申報醫令當然是一致，此經○○○○○○及○○○確認，且全省都是如此，此乃長久以來不變的原則。
- (四) 而健保局啟動錯誤的程式，之後(因○○○○○反應)健保局關閉該錯誤的檢核程式，造成因同樣情況的院所，若不幸於健保局承辦人在該時間點作業的，則整筆被核扣的費用，而是在該錯誤程式時間點前或後的院所，則幸運未被扣費用，而不幸被核扣費用的院所，經申復作業後，健保局仍未給付費用，健保局如此對單一事件有不同的處置方式!

四、健保局提具意見要旨

- (一) 本件為行政核扣，依支付標準規定，申請人負責醫師林○○醫師非復健專科醫師，申報 42017C、42018C 之劉○○醫師暨黃○○醫師，均為「支援」之復健科專科醫師，非「專任」之復健科專科醫師。
- (二) 依○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○(以下稱○○○○) 99 年 6 月 30 日以○○○字第 0990001370 號函提案檢核 42017C、42018C、42019C 等醫令，本局於 99 年 8 月 12 日完成設定 PHE 電腦行政醫令自動化審查程式，惟○○○○又於 99 年 11 月 2 日以○○○字第 0990002404 號函建議暫緩檢核，爰本局於 99 年 11 月 8 日暫緩檢核。

五、本會審定理由

- (一) 依申請人 99 年 9 月份申報及健保局核減資料，系爭「中度治療-中度(42017C)」、「中度治療-複雜(42018C)」，核減金額共計 22,805 點，相關資料彙整如下表：

醫令代碼	案件分類	申報醫師身分證號	流水號	核減醫令點數	
				點數	小計
42017C	B6 (職災)	劉○○ ○○○○○○○○	35、36、77、143、148、150、 151、154、155、241、245、 248、249、252、253、319、 320、322、326、327、329、 461、467、470、471、472、 474(共 27 筆)	12,985 (265×49)	13,780 點
		黃○○ ○○○○○○○○	26、49(共 2 筆)	795 (265×3)	
42017C	04(西醫慢性病)	劉○○ ○○○○○○○○	11	265	6,625 點
	09 (西醫其他專案)		369、370、371、372、373、 374、375、520、523、526、 527、528、534、696、697、 698、699、700、703、704、 705、1022、1023、1024	6,360 (265×24)	
42018C	09 (西醫其他專案)	劉○○ ○○○○○○○○	102、103	1200 (400×3)	2,400 點
		黃○○ ○○○○○○○○	149	1200 (400×3)	

- (二) 其中有關案件分類載為「B6」職災案件，共 29 筆，核減計 13,780 點，依本會 98

年9月份委員會會議決議，職災案件非屬本會依法得審議之範圍，爰已於100年7月22日以健爭審字第1000004659號書函移請健保局查明辦理，嗣後仍請依自行申報之案件類別(B6)標示申請行政救濟，以利行政處理時效，先予敘明。

(三)其餘案件包含「中度治療-中度(42017C)」25筆，核減金額計6,625點，及「中度治療-複雜(42018C)」3筆，核減金額計2,400點。申請理由雖略稱：「申報42017C、42018C、43032C代碼，符合健保規定。」，惟查申請人診所之負責醫師為林○○，非復健科專科醫師，且本件費用申報醫師為劉○○、黃○○，其執業機構分別為「○○醫院」及「○○診所」，2位醫師雖均為復健科專科醫師，但非屬申請人聘用之專任復健科專科醫師，與支付標準規定不符。

(四)綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。至申請人其餘主張，業經健保局前開意見書陳明在卷，爰不逐一論述，併予敘明。

行政審查案例 6

摘要：申請人負責醫師，無婦產科專科醫師資格，向健保局申報「骨盆檢查費(55021C)」與支付標準規定不符。

案號：1002006508

案由：○○診所申請行政核減 1 案 100 年 4 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構適用）第 5 條規定：「乙方辦理本保險醫療給付事宜，應依據中央衛生主管機關核定之醫療費用支付制度、支付標準及藥價基準等規定辦理。對於已實施總額支付制度之部門，甲乙雙方應遵守主管機關核定之本保險醫療給付費用協定及分配。」。
- (二) 全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「骨盆檢查費(55021C)」附註：1. 「限婦產科專科醫師申報，各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之百分之七十。」。(90 年 6 月 1 日起)

二、健保局審核意見

- (一) 初核：以核減代碼 C8（醫事機構查無專科醫師），行政核扣申請人申報之 100 年 4 月份「骨盆檢查費（55021C）」共 73 筆，核減金額計 6,643 點。
- (二) 複核：支付標準 55021C「骨盆檢查費」於 90 年 6 月 1 日新增公告，限婦產科專科醫師申報，專科醫師之分科已有婦產科，如醫師仍未取得婦產科專科證書，自不得申報 55021C。

三、申請理由要旨

- (一) 本案刪減骨盆腔檢查費用(55021C)的理由是因其診所負責醫師○○醫師沒有婦產科專科醫師(此為行政審查)，可是○醫師自 71 年在○○○衛生局執業登記婦產科，並從事婦產科醫療工作至今將近 30 年，實際由○醫師接生的小孩將近 2 萬個，且經其做過骨盆腔檢查的病患，豈止數萬個。直到 84 年健保開辦與健保局合約至今，從未發生過骨盆腔檢查費用(55021C)被刪除的情況。今 100 年 4 月(整個月)的骨盆腔檢查費用(55021C)全部被刪，如此恐有適法性不妥適處：牴觸“法律不溯既往原則”、牴觸憲法第 23 條“法律保留原則”、牴觸“信賴保護原則”、牴觸“從新從優原則”。
- (二) 法律不該違背上列四原則，政府機關規定及行政措施屬行政命令，更不應該違背上列四原則。71 年舊醫療法並無規定醫師向衛生局登記執業科別時，須要專科醫師證書，簡單的說，71 年時沒有專科醫師制度，那時○醫師向○○○衛生局登記婦產科為執業科別，一直執行婦產科醫療業務迄今從未間斷。

- (三) 84 年健保開辦與健保局合約至今，健保局沒規定要婦產科專科醫師證書，以後每 2 年與健保局續約也沒有規定要求具備婦產科專科醫師，骨盆腔檢查費用(55021C)也沒有被刪除過。這代表以前健保局承認○醫師有作骨盆腔檢查的能力，並給予骨盆腔檢查費用，如今有了新規定，應針對醫學院剛畢業的年輕婦產科醫師才對(現今已有專科醫師制度)，畢竟政府是一體的。健保局就算有了新規定，也不能抵觸法律不溯既往原則、法律保留原則、信賴保護原則、從新從優原則。
- (四) 回顧 90 年以來，每隔 2 年與健保局簽約，○醫師雖無婦產科專科證書，但健保局簽約人員說○醫師 71 年就開始開業，並以醫療機構開業執照證明之，如此視同具婦產科專科醫師證書之資格(71 年尚無專科醫師制度)。
- (五) 另支付標準 55021C 於 90 年 6 月 1 日新增公告，可是其診所從 90 年 6 月 1 日起至 99 年 12 月 31 日止，所做 55021C 費用從未被刪除過(行政審查刪除)，代表健保局承認○醫師“視同有婦產科專科證書資格”，奈何 100 年 4 月全部之 55021C 被刪除，並說如醫師未取得專科醫師證書，自不得申報 55021C。健保局前後標準不一，作法矛盾，此為爭議之所在。

四、健保局提具意見要旨

- (一) 依支付標準診療項目「骨盆腔檢查費(55021C)」註 1 規定，限婦產科專科醫師申報。申請人診所負責醫師○○醫師未具有任何專科醫師證明(即非婦產科專科醫師)。
- (二) 經該局函詢○○○○○○○○，該○○於 100 年 5 月 19 日以○○○○○字第 100097 號函復表示，有關申請人診所負責醫師之相關醫療行為建議依照醫師法辦理，相關之醫療費用申報，依該局醫療費用支付標準規定辦理。
- (三) 申請人診所申報之 100 年 4 月份「骨盆腔檢查費(55021C)」73 筆，核減金額計 6,643 點，維持原核定不予補付。

五、本會審定理由

- (一) 依卷附資料，本件係健保局以核減代碼 C8 (醫事機構查無專科醫師)，核減申請人申報之 100 年 4 月份「骨盆腔檢查費(55021C)」共 73 筆，核減金額計 6,643 點。
- (二) 查申請人負責醫師○○醫師，無婦產科專科醫師資格，向健保局申報「骨盆腔檢查費(55021C)」即與首揭支付標準規定不符，此亦為申請人所不否認。且申請人既與健保局雙方合意簽立「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，自應依合約規定辦理本保險醫療給付事宜。申請人所稱：「支付標準 55021C 於 90 年 6 月 1 日新增公告，可是所做 55021C 費用從未被刪除」云云，核屬另案妥適與否問題，尚難執為本案之論據。
- (三) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。至申請人其餘主張，業經健保局前開意見書論明在案，且不影響本案審定結果，爰不逐一論述，併予敘明。

行政審查案例 7

摘要：申報 101 年 1 月及 2 月份系爭藥品及特殊材料(空針)之單價高於健保局支付單價，即與支付標準及藥價基準之規定不符。

案號：1012003048

案由：○○醫院申請行政核減 5 案 101 年 1、2 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險法第 50 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 14 條：「保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查：一、保險對象之資格。二、保險給付範圍之核對。三、保險支付標準及藥價基準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審。七、事前審查案件之核對。八、其他醫療服務申報程序審查事項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。」。

二、本會審定理由

- (一) 依卷附資料，本件系爭 101 年 1 月、2 月份行政核減藥品(醫令代碼 AC33029100、AC44622100、AC45668100)及空針(NCS010003NNR、NCS010005NNR)費用之給付，相關申報情形及系爭內容如下表：

序號	系爭項目名稱及醫令代碼	申請總數	申請單價	健保局支付單價	差價	系爭點數
1	ATEOL F. C. TAB. 100MG (AC33029100)	21	2.13	1.57	0.56	11.55
2	SETINE F. C TAB. 20MG (AC44622100)	154	19.2	13.9	5.3	816.2
	VALNON E. C TABLETS (AC45668100)	175	4.39	3.84	0.55	96.25
3	3 CC SYRINGE (NCS010003NNR)	28	1.6	1.4	0.2	5.6
	5 CC SYRINGE (NCS010005NNR)	56	2.2	1.8	0.4	22.4
4	3 CC SYRINGE (NCS010003NNR)	25	1.6	1.4	0.2	5
5	5 CC SYRINGE (NCS010005NNR)	67	2.2	1.8	0.4	26.8

- (二) 查申請人申報 101 年 1 月及 2 月份系爭藥品及特殊材料(空針)之單價高於健保局支付單價，即與全民健康保險醫療費用支付標準及藥價基準之規定不符，且申請

人亦已自承：「因電腦系統無法自動比對健保價的變更，致藥品資料未即時更新，因資訊系統錯誤，已修正」，從而健保局依前揭規定，不予支付系爭101年1月、2月份藥品及空針高於支付單價之費用，核屬有據。

(三) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

(四) 另查「公立醫療院所辦理全民健康保險醫療業務被核減應收醫療帳款帳務處理要點」第二、三點規定：各公立醫療院所申報之醫療費用，如遭健保局核刪(減)時，均應自行查明檢討，其屬於計算錯誤或重複計算者，不得再據以向健保局申請複審及向全民健康保險爭議審議委員會申請審議；向健保局申請複審而未獲補付時，應先將案件送交各該院所醫療品質審議委員會或相關委員會審議，審核結果確不符補付要件者，應通知有關人員改善；如確認理由充足，再據以向爭審會申請審議，以加強醫院之內部管理責任，併予敘明。

行政審查案例 8

摘要：依規定，自 98 年度起，未參與試辦計畫之醫院，收治符合呼吸器依賴患者定義之病患，不論該病患住院人日數占率是否達 60%，皆適用呼吸器試辦計畫之支付標準，從而健保局不予給付系爭費用，並無不當。

案號：0992003479

案由：○○醫院申請 98 年 7、8、9 月份住院診療費用改核呼吸器試辦計畫定額費用之差額事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 健保局於 97 年 4 月 30 日以健保醫字第 0970002152 號公告修正之全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫支付標準（以下簡稱呼吸器試辦計畫）第 1 章通則 1 前段：「收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。」。
- (二) 同前試辦計畫第 2 章第 1 節通則 1，略以：符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：(一)事先報經中央健康保險局核准。(二)未參與試辦計畫之呼吸照護病床及一般病床，合計收治符合呼吸器依賴病患定義之病患住院人日數占率達 60%以上之醫院。註：98 年度起不論占率是否達 60%以上皆適用本節支付標準。
- (三) 呼吸器試辦計畫支付標準問答集_院所版(98.1.1)之 98 年支付規定及病房及對應之申報方式，略以：非 IDS 院所且設有 RCC 病房者，此類院所之 RCC、RCW 及一般病房，其 RCC 採論量計酬，RCW 採論量計酬但以 RCW 定額為上限。因前述病房滿床由同院 ICU 轉入一般病房時，前 42 天採論量計酬但以 RCC 定額為上限，惟 RCC 未滿床即入住時，則以 RCW 定額為上限。

二、健保局審核意見

(一) 初核：呼吸照護追扣，如下：

1. 98 年 7 月份追扣 1,254,639 點。
2. 98 年 8 月份追扣 919,797 點。
3. 98 年 9 月份追扣 1,083,816 點。

(二) 複核：

1. 部分同意補付，如下：

- (1) 98 年 7 月份補付 52,616 點。
- (2) 98 年 8 月份補付 211,144 點。
- (3) 98 年 9 月份補付 196,760 點。

2. 其餘不同意補付，貴院雖未參加呼吸器試辦計畫，惟依 96 年 11 月 28 日全民健

康保險醫療費用給付協議會議之協商決議（呼吸器依賴患者全面納管），只要符合呼吸器試辦計畫「呼吸器依賴患者」定義及收案之病患，皆適用 97 年 1 月 1 日公告之呼吸器試辦計畫支付標準。

三、申請理由及補充理由要旨

- (一) 現階段實施之呼吸器試辦計畫給付方式，未考量病患之個別病情嚴重度及差異性，且 RCC 之設置標準、人力配置與 ICU 差不多，但給付卻差異相當大；另部分病患因病情關係無法下轉至 RCW，而於一般病房治療，其給付比照 RCW 定額給付不合理。
- (二) 游○○等 23 案、鄭○○等 22 案及鄭○○等 25 案，皆為使用呼吸器達 21 天個案，本院未與健保局簽訂呼吸器試辦計畫，該局以試辦計畫定額給付不合理，請以論量計酬核實給付。

四、健保局提具意見及補充意見要旨

- (一) 申請人雖未參加呼吸器試辦計畫，惟依 96 年 11 月 28 日全民健康保險醫療費用給付協議會議之協商決議（呼吸器依賴患者全面納管），只要符合呼吸器試辦計畫「呼吸器依賴患者」定義及收案之病患，皆適用 97 年 1 月 1 日公告之呼吸器試辦計畫支付標準。
- (二) 申請人係屬非 IDS 院所，本件個案皆為使用呼吸器大於 21 天以上，其入住 RCC 病房或一般病房，均經申請人查復其申報區間之入住病房類別及實際醫療費用，該局再依呼吸器試辦計畫規定核付醫療費用，並無不當。
- (三) 本試辦計畫係為改善論量計酬之支付方式，提供呼吸器依賴病患完整性醫療服務，提升照護品質，其支付方式業經審慎設計並前後多次修訂，以求醫療資源有效應用。

五、本會審定理由

- (一) 本件之爭議審議申請書，申請情形如下：

流水號／費用年月	申請內容	申請金額
999999／98年7月	游○○等 23 案改以呼吸器試辦計畫給付之差額費用	1,202,023 點
999998／98年8月	鄭○○等 22 案改以呼吸器試辦計畫給付之差額費用	708,653 點
999997／98年9月	鄭○○等 25 案改以呼吸器試辦計畫給付之差額費用	887,056 點

- (二) 依卷附資料，本件游○○等 70 案皆使用呼吸器 21 天以上，符合「呼吸器依賴患者」定義之病患，為不爭之事實，申請人雖主張其未與健保局簽訂呼吸器試辦計畫，以試辦計畫定額給付不合理，惟依前開規定，自 98 年度起，未參與試辦計畫之醫院，收治符合呼吸器依賴患者定義之病患，不論該病患住院人日數占率是否達 60%，皆適用呼吸器試辦計畫之支付標準，從而健保局不予給付系爭費用，並無不當。
- (三) 另申請人主張「現階段實施之呼吸器試辦計畫給付方式，未考量病患之個別病情嚴重度及差異性」云云，按「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫」之實施，係為改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合；另為鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立呼吸治療中心、呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用，且前開計畫係由健保局公

告後實施，一體適用於全國呼吸器依賴個案，申請人所稱，容有誤解。

(四)綜上，健保局援引 96 年 11 月 28 日全民健康保險醫療費用給付協議會議之協商決議，固有未妥，惟不影響本案之審定結果，原核定仍予維持。

行政審查案例 9

摘要：申報納入合理量計算之門診藥事服務費代碼均為每人每日 80 件內，藥局藥師申報之藥事服務費，每日調劑件數有超過 80 件之情形，即與規定不符，健保局就調劑 81-100 件部分，改以門診藥事服務費 (05234D) 給付，超過 100 件部分，不予支付，核屬有據。

案號：1002006880

案由：○○藥局申請行政核扣共 2 案 100 年 3、4 月份門診藥事服務費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法（以下簡稱醫療服務審查辦法）第 14 條：「保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查：一、保險對象之資格。二、保險給付範圍之核對。三、保險支付標準及藥價基準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審。七、事前審查案件之核對。八、其他醫療服務申報程序審查事項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。」。
- (二) 全民健康保險醫療費用支付標準（以下簡稱支付標準）第二部第一章第六節通則八：「特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量（以每日實際調劑量計算）每人每日 100 件，山地離島地區每人每日 120 件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。」。
- (三) 支付標準診療項目「門診藥事服務費（診所及藥局部分）每人每日 80 件內（05202B）、（05206B）、（05210B）、（05223B）」，「門診藥事服務費（診所及藥局部分）每人每日 81-100 件內（05234D）」。

二、健保局審核意見

- (一) 初核：依「藥事服務費合理量核算明細表」，申請人申報該藥局李○○藥劑生及周○○藥師之藥事服務費，100 年 3 月份分別為 16 件、2,904 件；100 年 4 月份分別為 4 件、2,662 件。經健保局核算「納入合理量計算之藥事服務費點數」，核減 100 年 3 月、4 月份門診藥事服務費用分別為 27,225 點、22,365 點。
- (二) 複核：經查所送處方箋正本內調劑藥師章戳有更改調劑藥師章戳之情事，實無法據以證明該等個案確為李藥師調劑，不予補付。

三、申請理由要旨

- (一) 原申報用周○○藥師，後更正為李○○藥師調劑，此更正並非本藥局做假之行為，因本藥局確實由周○○與李○○藥師親自輪班執業。
- (二) 申報作業疏失僅為 100 年 3 月及 4 月，申報錯誤之原因，實乃因人員於申報作業時，對電腦操作不熟悉而產生之錯誤，申報規定，事後 2 年內，容許更正。

(三) 本藥局一直秉持誠信和專業來服務，確實由兩位藥師親自輪班執業及三位助理協助服務，藥局之經營實在不容易(收入和支出尚在赤字)。

四、健保局提具意見要旨

(一) 依醫療服務審查辦法第 14 條規定、支付標準第二部第一章第六節調劑通則八及編號 05202B、05234D 特約藥局藥事服務費之規定。

(二) 依藥師法第 18 條：藥師對於醫師所開處方，祇許調劑一次，其處方箋應於調劑後簽名蓋章，添記調劑年、月、日，保存三年……。

(三) 申請人藥局原即申報 2 位藥事人員調劑，惟李○○藥劑生調劑天數較少，周○○藥師調劑天數較多，依支付標準規定，周○○藥師調劑件數已超過合理調劑量，爰依規定核扣 100 年 3 月 27, 225 點、4 月 22, 365 點。申請人於申復時提供原蓋周○○藥師章戳，又更改為李○○藥劑生章戳之處方箋，實難認定該等案件確為李○○藥劑生親自調劑，爰維持原核定不予補付。

五、本會審定理由

(一) 查卷附資料，本件系爭 100 年 3 月、4 月份門診藥事服務費 27, 225 點、22, 365 點費用之給付。

(二) 依「藥事服務費合理量核算明細表」顯示，申請人申報納入合理量計算之門診藥事服務費(每人每日 80 件內)代碼為 05202B、05206B、05210B、05223B，其中周○○藥師申報之藥事服務費，每日調劑件數有超過 80 件之情形，即與首揭規定不符，從而健保局就周○○藥師調劑 81-100 件部分，改以門診藥事服務費(05234D)給付，超過 100 件部分，不予支付，核屬有據。

(三) 至申請人一再主張，原申報用周○○藥師，後更正為李○○藥劑生調劑，其藥局確實由周○○藥師與李○○藥劑生親自輪班執業云云，惟查申請人未舉證以實其說，尚難執為本案之論據。

(四) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

行政審查案例 10

摘要：醫療費用申報，已逾全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 5 條所定次月 20 日前申報期限，則健保局自應依同辦法第 9 條前段規定，不予暫付 98 年 5 月份之醫療費用，該逾期申報不予暫付之結果，自不符合核發 98 年牙醫總額品質保證保留款之條件。

案號：1002005409

案由：○○診所申請「98 年牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款」之費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、健保局審核意見

(一)初核：核減代碼 9 (98 年 1 月至 98 年 12 月費用未辦理第一次暫付者)，不予核發 98 年牙醫總額品質保證保留款。

(二)複核：指標 9 係因 98 年 5 月費用受理日超過次月 20 日 (6 月 25 日) 未辦理第一次暫付，故不予核發品質保證保留款。

二、申請理由要旨

(一)本診所依規定於 98 年 5 月 21 日向公會申報停業許可申請書 (出國進修)，停業期間自 98 年 6 月 1 日起至 98 年 6 月 24 日止。

(二)本診所負責醫師 (一人診所)，回國後即刻將 5 月份費用送抵健保局送核。

(三)本診所負責醫師依法依規定，事先請假報備在先，且 98 年 6 月 20 日以前，人不在國內，根本無法送核費用 (也無人可代送)，如果依此為斷然不核付品質保留款之理由，依法、情、理很難令人心服。(應符合「除外條款」)。

三、健保局提具意見要旨

申請人診所於 98 年 6 月 25 日始申報 98 年 5 月份門診醫療費用，依前開規定不予第一次暫付款，因此未符 98 年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款之核發條件，故不予核發該診所 98 年牙醫總額品質保證保留款。

四、本會審定理由

(一)依 98 年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案第 3 點規定，牙醫門診特約醫療院所之 98 年 1 月至 98 年 12 月費用已辦理第 1 次暫付者，得核發品質保證保留款。又按「保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月 20 日以前檢附前條第一項所列文件，向保險人申報醫療服務點數」、「保險醫事服務機構未依第 5 條規定期限申報者，申報當月不予暫付，其無正當理由者，並列為異常案件之審查。」，分別為全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法(以下簡稱審查辦法)第 5 條前段及第 9 條前段所明定，是牙醫門診特約醫療院所如未依前開規定，分別於各該當月份所定次月 20 日以前申報 98 年 1 月至 12 月各該月份醫療費用者，當月份健保局即不予暫付，其有正當理由者，不列為異常案件之審查，惟仍不符合得予核發品質保證保留款之條件，審諸前開諸規定，其意甚

明，合先敘明。

- (二)本件申請人98年5月份醫療費用迄於98年6月25日始向健保局申報，已逾前開審查辦法第5條所定次月20日(98年6月20日)前申報期限，為不爭之事實，則健保局自應依同辦法第9條前段規定，不予暫付98年5月份之醫療費用，該逾期申報不予暫付之結果，自不符合核發98年牙醫總額品質保證保留款之條件。
- (三)申請人雖主張負責醫師事先請假報備，且98年6月20日以前不在國內，無法送核費用，回國後即刻送核，應符合除外條款云云，惟查前開審查辦法明定保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月20日以前申報，另逾期申報縱有正當理由，亦僅生不列為異常案件審查之效果，已如前述，另負責醫師請假報備僅係醫政及特約管理事項(醫師法第10條第1項及行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第14條)，尚不得據以作為延展其申報期限之理由，所稱核有誤解。
- (四)綜上，健保局不予核發申請人98年牙醫總額品質保證保留款，尚無不合，原核定應予維持。

行政審查案例 11

摘要：特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置其保險憑證，於其出院時發還。本案病人於申請人醫院住院期間仍有院外就醫紀錄，即有未合，健保局予以追扣費用，並無不合。

案號：1012003039

案由：○○醫院申請保險對象○○○1人4案100年1、3、4、5月份住院診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險醫療辦法第3條（以下簡稱醫療辦法）第1項：「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、保險憑證。二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但保險憑證已足以辨識身分時，得免繳驗。」。
- (二) 本辦法第5條：「保險對象就醫，因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件者，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，並開給保險醫療費用項目明細表及收據；保險對象於就醫之日起七日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之證明文件時，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。」。
- (三) 本辦法第14條第1項：「特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置其保險憑證，於其出院時發還。」。
- (四) 全民健康保險特約醫事服務機構合約第17條第1項：「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：一、保險對象之保險憑證相關資料不全，乙方仍予受理診療者。二、乙方對保險對象之診療不屬於全民健康保險醫療給付範圍者。三、乙方受理保險憑證時，未依本合約第三條、第七條規定確實核對保險對象身分證明之文件者。但若屬保險對象蓄意欺瞞致醫事機構無法發現者，不在此限。四、經甲方通知乙方為暫行拒絕給付之保險對象，乙方仍予受理診療，並申報費用者。但於甲方通知到達乙方前，乙方已對就醫患者進行診療行為者，不在此限。五、其他應可歸責於乙方之事由者。」。

二、健保局審核意見要旨

流水號	初核	複核
799	申請人醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置保險憑證於出院時發還。入住6天才收IC卡，造成健保資源浪費。	未依本辦法第14條第1項規定，醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置其保險憑證，於其出院時發還，維持原議，不同意給付。
812	入院後第14天才保管IC卡，未依本辦法第14條規定辦理，造成病人	

	於外院就診(3月7日、11日、12日、14日)，雖部分有請假記錄，然未妥善保管 IC 卡，亦未把關病人外出之由，造成健保資源浪費。	
757	未盡保管 IC 卡之責，造成住院期間病患院外門診(3月29日、31日)。	
741	未依本辦法第 14 條第 1 項規定：醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置其保險憑證，於其出院時發還。全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款規定追扣費用。	

三、申請理由要旨

經查核病人於入院當日辦理住院手續時未繳交健保卡，依第 14 條第 1 項規定勸導病人繳交健保卡，但病人仍不繳交。為維護病人就醫之權利，最後以「自費補」身分辦理住院，並依照院內作業流程每天持續向病人催繳健保卡，分別直到 1 月 10 日、3 月 14 日、3 月 31 日、5 月 24 日，病人才繳交健保卡。院方無法強制要求病人，導致病人住院期間院外就醫，並非故意造成健保資源浪費。

四、健保局提具意見要旨

- (一) 經查申請人醫院未妥善保管住院個案保險憑證致保險對象○○○至他院門診就醫。
- (二) 依本辦法第 3 條、第 10 條、第 14 條及全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條，因至他院門診日均有 IC 卡上傳資料，顯示申請人醫院未善盡保管住院個案之保險憑證，造成健保資源浪費。
- (三) 申請人醫院說明為維護病患就醫權利，以「自費補」身分辦理病患住院，若是病患多次入院，蓄意不繳交健保卡，申請人醫院應拒絕其以保險對象身分就醫，若病人事後出示健保卡可不受理並向健保局舉證提出說明，並非一再不依規定辦理院外就醫。病患多次出院門診就醫卻無請假紀錄，或有請假紀錄無健保卡出借紀錄，該院保險憑證管制措施有改善空間，核扣其住院期間至他院門診當日之住院診察費用。

五、本會審定理由

- (一) 依卷附資料，本件保險對象○○○1 人 4 案，相關住院、門診就醫情形及系爭內容如下表：

流水號	入院診斷	住院起訖期間	他院門診就醫日期	請假紀錄	補繳健保卡日期	系爭項目	爭議量
799	1. 腹瀉 2. 肛門瘻	100 年 1 月 4 日 至 1 月 15 日	100 年 1 月 6 日	無	100 年 1 月 10 日	一般病床	1
812	3. 精神官能	100 年 3 月 1 日 至 3 月 15 日	100 年 3 月 7 日	有	100 年 3 月 14 日	住院診察費(天)	4
			100 年 3 月 11 日	有			
			100 年 3 月 12 日	無			
			100 年 3 月 14 日	無			

757	性憂鬱症	100年3月25日至4月1日	100年3月29日	無	100年3月31日	(02007A)	2
			100年3月31日	有			
741	4. 結腸良性腫瘤	100年5月6日至5月24日	100年5月9日	無	100年5月24日		5
			100年5月16日	無			
			100年5月19日 (同日就醫2次)	無			
			100年5月21日	無			

- (二) 本案係健保局審查發現，保險對象○○○分別於100年1、3、4、5月份入住申請人醫院期間，卻有其他醫院門診之就醫紀錄，乃追扣該日一般病床住院診察費(02007A)各計1、4、2、5天費用，申請理由雖略：「勸導病人繳交健保卡，但病人仍不繳交。依照院內作業流程每天持續向病人催繳健保卡」，惟申請人未提出相關紀錄資料佐證以實其說。
- (三) 依醫療辦法第14條第1項，特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置其保險憑證，於其出院時發還。則本案病人於申請人醫院住院期間仍有院外就醫紀錄，即有未合。次查申請人所附之病歷資料，保險對象○○○住院期間多次外院就醫，無請假原因及離院時間之相關記載，從而健保局依前開全民健康保險特約醫事服務機構合約規定，予以追扣系爭費用，並無不合。
- (四) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。至申請人其餘主張，健保局前開意見書業已陳明，爰不逐一論述，併予敘明。

行政審查案例 12

摘要：支付標準診療項目「住院藥事服務費(05216K)」，係以「天」為計價單位，其中同日出入院之該日，申請人申報「住院藥事服務費(天)(05216K)」2天，即與規定不符，健保局不予支付費用，核屬有據。

案號：1002007297

案由：○○醫院申請保險對象○○○等2案100年2月份住院診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第14條：「保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查：一、保險對象之資格。二、保險給付範圍之核對。三、保險支付標準及藥價基準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審。七、事前審查案件之核對。八、其他醫療服務申報程序審查事項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。」。
- (二) 全民健康保險醫療費用支付標準(以下簡稱支付標準)診療項目「住院藥事服務費(天)－單一劑量處方(05216K)」。

二、健保局審核意見

- (一) 初核：核減代碼「C34」(申報次數超過)，該醫令以天計價，雖2次住院，2月7日仍不可申報2次，分別行政核扣保險對象○○○、○○○2案100年2月份醫令代碼「05216K」各計1次費用，核減金額，分別為114點、88點。
- (二) 複核：該醫令以天計價，雖2次住院，1天仍不可申報2次。

三、申請人主張

(一) 申復理由要旨

1. ○○○案：個案於100年2月16日出院，但於100年2月16日當日晚上病患又至本院急診求治，之後轉住院，此為2次住院，故100年2月16日各申報1次05216K無誤，未有重覆。
2. ○○○案：個案於100年2月7日出院，但於100年2月7日當日晚上病患又至本院急診求治，之後轉住院，此為2次住院，故100年2月7日各申報1次05216K無誤，未有重覆，藥師確實有調劑之行為。

(二) 申請理由要旨(○○○、○○○2案)

個案於100年2月7日出院，但於100年2月7日當日晚上病患又至本院急診求治，之後轉住院，此為2次住院，故100年2月7日各申報1次05216K無誤，未有重覆。

四、本會審定理由

- (一) 查卷附資料，○○○、○○○2案，系爭「住院藥事服務費(天)－單一劑量處方(05216K)」各計1天費用之給付。
- (二) 經查支付標準診療項目「住院藥事服務費(05216K)」，係以「天」為計價單位，又查○○○案，兩次住院期間分別為「100年2月12日至2月16日」及「100年2月16日至2月21日」；○○○案，兩次住院期間分別為「100年2月2日至2月7日」及「100年2月7日至2月13日」，其中同日出入院之100年2月16日、2月7日，申請人分別申報「住院藥事服務費(天)(05216K)」各計2天，有「行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構住院醫療服務清單」附卷可稽，此為申請人所不否認，即與首揭規定不符，從而健保局不予支付系爭住院藥事服務費各1天之費用，核屬有據。
- (三) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

行政審查案例 13

摘要：全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式，已明定 01 及 09 案件同診所同病患口服同藥品代碼一個月開立超過 38 天以上，超過部分不予支付，健保局乃核減其超過部分醫療費用，原核定並無不合。

案號：1012000637

案由：○○診所申請行政核減共 2 案 100 年 6、7 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

(一) 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 30 條：「保險醫事服務機構醫療服務點數申報資料，經保險人檔案分析審查，符合不予支付指標者，其申報費用，保險人應依該指標處理方式不予支付。前項不予支付指標及處理方式，由保險人與保險醫事服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公告。」。

(二) 健保局 99 年 10 月 26 日健保審字第 0990074989 號公告要旨
公告增修訂全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查異常不予支付指標計 9 項，並自費用年月 100 年 1 月起實施。其中指標名稱「基層診所 01 及 09 案件藥品申報超過 38 天」乙項，指標定義為「01 及 09 案件同診所同病患口服同藥品代碼一個月開立超過 38 天以上」，依診所別按月分析，超過部分不予支付。

二、本會審定理由

(一) 本件係健保局經由「不予支付指標 007-基層診所 01 及 09 案件藥品申報超過 38 天」檔案分析發現，申請人申報保險對象○○○、○○○、○○○等案 100 年 6、7 月份，案件分類 09（西醫其他專案），同病患口服同藥品代碼一個月開立超過 38 天，乃核減其超過部分醫療費用分別為 1,388 點、843 點費用。

(二) 依卷附資料，系爭 100 年 6、7 月份系爭醫療費用之申報相關資料如下表：

姓名	流水號	申報之案件分類	疾病分類代碼	就醫日期	藥品代碼	給藥日數(日)	系爭醫療費用
○○○	125	09	1. 25040(併有腎病表徵之第二型或未明示型糖尿病，未敘述為無法控制)	100.6.18	AB30749100	28	1,388 點
			2. 28521 (末期腎病所致貧血)		AB30749100	28	
			3. 2722 (混合性高脂血症)				
○○○	18		1. 25040	100.6.2	A033140100	28	
			2. 4011(良性本態性高血壓)		A043950100	28	
			3. 2858(其他特定之貧血)		AC48098100	28	
					AC48121100	28	

	183			100.6.29	A033140100	28	
					A043950100	28	
					AC48098100	28	
					AC48121100	28	
○○○	48	09	1. 25060(併有神經疾病表徵之第二型或未明示型糖尿病，未敘述為無法控制) 2. 4011(良性本態性高血壓) 3. 4148(其他特定形態之慢性缺血性心臟病)	100.7.4	A044575100	28	843 點
					AC32046100	28	
					AC37685100	28	
					AC48121100	28	
	200			100.7.27	B024668100	28	
					A044575100	28	
					AC32046100	28	
					AC37685100	28	
					AC48121100	28	
					B024668100	28	

(三) ○○○案，查 100 年 6 月份申報案件分類為 09 流水號 125，同一藥品代碼 AB30749100，合計全月給藥日數共 56 天，超過首揭藥品申報值（38 天）。

(四) ○○○案，查 100 年 6 月份申報 2 筆案件分類 09，流水號 18、183，就醫日期分別為 100 年 6 月 2 日，6 月 29 日，同一藥品代碼 A033140100、A043950100、AC48098100、AC48121100，合計全月給藥日數各為 56 天，超過首揭藥品申報值（38 天）。

(五) ○○○案，查 100 年 7 月份申報 2 筆案件分類 09，流水號 48、200，就醫日期分別為 100 年 7 月 4 日，7 月 27 日，同一藥品代碼 A044575100、AC32046100、AC37685100、AC48121100 及 B024668100，合計全月給藥日數各為 56 天，超過首揭藥品申報值（38 天）。

(六) 申請理由略稱：「請依個案做專業審查，豈有因使用 09(其他專案)，就將藥品刪除之道理，病人患糖尿病伴慢性腎衰竭，貧血及高血壓，絕對必須長期服藥」，惟前開不予支付指標及處理方式，已明定 01 及 09 案件同診所同病患口服同藥品代碼一個月開立超過 38 天以上，超過部分不予支付，且該不予支付指標及處理方式係經由健保局與保險醫事服務機構代表共同擬訂，報請行政院衛生署核定後公告實施，申請人所稱尚難執為本案之論據。

(七) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

行政審查案例 14

摘要：病患經轉介類別為(3)康復之家(夜間、週末)，案經健保局同意備查，申請人申報「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)(05402C)」，即與健保局核備收案類別不符，健保局改以「精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)(05403C)」給付，核屬有據。

案號：1002001227

案由：○○康復之家申請保險對象○○1人2案99年7、8月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 14 條（以下簡稱服務審查辦法）：「保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料，依下列項目進程序審查：一、保險對象之資格。二、保險給付範圍之核對。三、保險支付標準及藥價基準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審。七、事前審查案件之核對。八、其他醫療服務申報程序審查事項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申復。」
- (二) 全民健康保險醫療費用支付標準第五部第二章通則二、三分別為（以下簡稱支付標準）：「保險對象及其家屬或相關人員，向精神醫療機構或精神復健機構提出收案申請。精神醫療機構或精神復健機構受理個案申請後，應請精神科專科醫師評估，符合收案條件者開立轉介醫囑單。」「精神醫療機構或精神復健機構於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，應檢具社區復健申請書，連同轉介醫囑單，送保險人核備，保險人得視情況實地評估其需要性；經核定不符收案或繼續收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由精神醫療機構或精神復健機構自行處理。本章病患之住宿費，不列入給付範圍。」

二、健保局審核意見

- (一) 初核：依追扣補付核定總表，載以「○○核定夜間申報全日扣差額」，分別追扣99年7月份7,812點及99年8月份6,804點。
- (二) 複核：該病患經專科醫師評估後，判定轉介該病人至康復之家(夜間、週末)接受復健治療，受轉單位不得逕自改變轉介醫囑，否則喪失專業轉介評估之意義，不予補付。

三、申請理由要旨

實際收案日期為98年8月19日，因填寫表格時間耽誤，改收案日期為98年8月29日，且由○○醫師填寫後寄出。○○醫師建議成員白天至該社區復健中心活動，晚上再回康復之家居住，成員和家屬皆未同意，且未再至該院從事任何活動。但轉介單上的轉介類別被醫師勾選為3.康復之家(夜間、週末)，導致成員全日在康復之

家接受復健治療訓練活動，健保局卻以同一個案不得重複申請為由，拒絕改變轉介類別，且強調不得申復，整年度皆以夜間給付內容支付成員全日費用。

四、健保局提具意見要旨

- (一) 依支付標準第五部第二章精神疾病患者社區復健通則三略以：「精神醫療機構或精神復健機構於收案後二週內，應檢具社區復健申請書，連同轉介醫囑單，送健保局轄區分局核備」之規定，本案之精神醫療機構為○○療養院，其所開具轉介類別為(3)康復之家（夜間、週末）。
- (二) 為維護保險對象權益，99年7月至8月依申請人所附資料送請專業醫師複審，其意見為病患經專科醫師評估後，判定轉介該病人至康復之家(夜間、週末)接受復健治療，受轉單位不得自行改變轉介醫囑，否則喪失專業轉介評估之意義。

五、本會審定理由

- (一) 本件○○1人2案之爭議審議申請書，申請情形如下：

流水號	申請內容	申請金額
30	99年7月份精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)(05402C)費用，共31天	7,812點
29	99年8月份精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)(05402C)費用，共27天	6,804點

- (二) 依卷附「全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書」顯示，病患○○由○○療養院精神科專科醫師評估並開立轉介醫囑單轉介申請人收案，轉介類別為(3)康復之家（夜間、週末），案經健保局98年9月16日同意備查，申請人申報「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)(05402C)」，即與健保局核備收案類別不符，從而健保局依前揭服務審查辦法及支付標準規定，核減保險對象○○99年7月份與8月份申報之「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)(05402C)」費用，並改以「精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)(05403C)」給付，核屬有據。
- (三) 另申請理由雖稱：「○○醫師建議成員白天至該社區復健中心活動，晚上再回康復之家居住，成員和家屬皆未同意」，惟查所附轉介醫囑單有病人「○○」及家屬「○○」同意轉介之簽名，申請人所稱核難執為本案之論據。
- (四) 綜上，健保局原核定並無不合，應予維持。

行政審查案例 15

摘要：申請人為申請延長居家照護，雖分別於原照護期限截止日起 30 日內，上網登錄並上傳資料予健保局備查，惟其上傳資料未經健保局系統檢核成功同意備查，即與規定不符。

案號：1002003240

案由：○○居家護理所申請保險對象○○○等 4 案 99 年 11、12 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

- (一) 全民健康保險醫療費用支付標準(以下簡稱支付標準)第 5 部第 1 章通則六規定：「每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。」。
- (二) 全民健康保險居家照護作業要點第 10 點第 2 項第 1 款第 1 目規定：「未依規定報備核准收案或延長照護者不予給付費用。」。

二、健保局審核意見

- (一) 初核：依健保局追扣補付核定總表及「居家照護案件未經事前審查核准核減明細」，追扣申請人申報保險對象○○○、○○○99 年 11 月份及 12 月份居家照護案件醫療費用，依費用年月核減點數各為 2,155 點，共計 4,310 點。
- (二) 複核：
 1. 經查 99 年 11 月 8 日(○○○案)及 11 月 16 日(○○○案)有上網登錄備查，但登錄資料有誤，卻未上網更正，導致申請延長照護未登錄備查成功。
 2. 與支付標準第 5 部第 1 章通則六規定不符，係屬該護理所行政疏失，故不予補付。

三、申請理由要旨

(一) ○○○1 人 2 案：

個案為○○醫院附設居家護理院所之個案，95 年 6 月 29 日為收案日，每 4 個月按時向健保局 VPN 上傳申請皆檢核成功，惟 99 年 11 月 8 日 VPN 上傳後隔日未查檢核結果，以致檢核結果為：收案日期與相同院所最近 1 次申請收案之收案日期不同，但申請收案日確實為 95 年 6 月 29 日並無不同，亦無報備過期，實為屬實，並附上佐證資料提供參考，日後將會改進注意 VPN 檢核之結果。

(二) ○○○1 人 2 案：

個案為○○醫院附設居家護理院所之個案，因誤登收案日為 91 年 7 月 1 日，與申請日期 92 年 7 月 8 日不符，且未上網立即更正，導致 99 年 11 月 16 日健保局

受理作業結果之核減原因為：收案日期與相同院所最近一次申請收案之日期不同而遭核減，但本室皆有每 4 個月按時向健保局 VPN 上傳申請，日後將會改進注意 VPN 檢核之結果。

四、健保局提具意見要旨

- (一) 申請人向該局請求給付保險對象○○○及○○○於 99 年 11 月、12 月之居家照護護理訪視 05303C 及特殊材料費用共計 4,310 元。
- (二) 保險對象○○○收案日為 95 年 6 月 29 日，前次核定起迄日為 99 年 7 月 1 日至 99 年 10 月 31 日，經查本案於 99 年 11 月 8 日於該局網頁登錄資料有誤，致未完成備查程序，依規定未完成備查程序，不予給付相關醫療費用共計 2,186 元。
- (三) 保險對象○○○收案日為 91 年 7 月 1 日，前次核定起迄日為 99 年 7 月 8 日至 99 年 11 月 7 日，經查本案於 99 年 11 月 16 日於該局網頁登錄資料有誤，致未完成備查程序，依規定未完成備查程序，不予給付相關醫療費用共計 2,124 元。

五、本會審定理由

- (一) 本件○○○、○○○2 人共 4 案之爭議審議申請書，申請情形如下：

保險對象	流水號	費用年月	申請內容	申請金額
○○○	164	99 年 11 月	護理訪視費 (次) (05303C)	1,093 點
			SILICONE 2WAY FOLEY CATHE 3:50ML (CKF03S2100WN)	
○○○	182	99 年 11 月	護理訪視費 (次) (05303C)	1,062 點
			BESMED SILICONE STOMACH TUBING (CFD02ST000EF)	
○○○	154	99 年 12 月	護理訪視費 (次) (05303C)	1,093 點
			SILICONE 2WAY FOLEY CATHE 3:50ML (CKF03S2100WN)	
○○○	189	99 年 12 月	護理訪視費 (次) (05303C)	1,062 點
			BESMED SILICONE STOMACH TUBING (CFD02ST000EF)	

- (二) 依卷附資料，○○○1 人 2 案，系爭居家照護護理訪視日期為 99 年 11 月 16 日及 12 月 14 日，其照護期限截止日為 99 年 10 月 31 日；○○○1 人 2 案，系爭居家照護護理訪視日期為 99 年 11 月 18 日及 12 月 18 日，其照護期限截止日為 99 年 11 月 7 日，申請人為申請延長照護，雖分別於 99 年 11 月 8 日、99 年 11 月 16 日(原照護期限截止日起 30 日內)，上網登錄並上傳資料予健保局備查，惟其上傳資料未經健保局系統檢核成功同意備查，有「居家照護案件申報受理作業查詢結果」、「MHBH3101_H3101 居家照護受理、退件、核定、查詢維護作業」可稽，且為申請人所不予否認，即與前開規定不符。
- (三) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

行政審查案例 16

摘要：系爭「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」，申請人於當年度已申報一次，又再次申報，即與規定不符，健保局不予給付費用，核屬有據。

案號：1012000486

案由：○○醫院申請保險對象○○○100年2月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案支付標準診療項目「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」附註：「1：照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達3次(含)以上之基層診所始得申報。本項每年限申報一次。」。

二、依卷附資料，本件○○○案，系爭100年2月15日「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」1次計400點費用之給付，分述如下：

(一)查所附「單一醫師診療年度資料查詢」資料，載明「年度評估顯示『Y』表示該次為年度評估之紀錄，其餘表示該次為例行性追蹤或新收案。」，追蹤日期100年2月15日，年度評估紀錄註記為空白，表示該次為例行性追蹤。

(二)承上，年度評估紀錄『Y』者，追蹤日期分別為「98年4月7日」、「99年8月4日」、「100年10月25日」，顯示申請人98年、99年、100年年度評估，每年均已申報一次，100年2月15日又申報「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」，即與首揭規定不符。

(三)申請理由雖略稱：「健保局來函表示病人100年2月15日氣喘年度VPN未登錄資料，查病人由原先的○○○更名為○○○，經VPN資料查詢，100年2月15日氣喘年度確實有登錄，在此附上列印之查詢頁面，因行政人員疏忽並非刻意漏KEY資料。」，惟查所附「單一醫師診療年度資料查詢」資料，追蹤日期100年2月15日為例行性追蹤，非屬年度評估，且本案100年年度評估，申請人已於100年10月25日申報，已如前述，所稱核難執為本案之論據。

三、綜上，健保局依規定不予給付系爭「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」計1次費用，核屬有據，健保局原核定並無不合，應予維持。另為維護申請人自身權益，嗣後請貴診所確實依規定完成本方案登錄系統之行政作業，併予敘明。

行政審查案例 17

摘要：申請人未至 VPN 登錄 BC 肝個案之新收案管理照護相關資料，即與規定不符，健保局不予給付系爭新收案管理照護費（P4201C）費用，核屬有據。

案號：1012000463

案由：○○醫院申請保險對象○○○等 6 案 100 年 5、6 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

（一）全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案（以下簡稱本方案）參、五、（一）：「參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容（如附件三），登錄檢驗、檢查結果資訊。」。

前開附件三本方案個案登錄系統必要欄位簡化表之一、：「新收案（身分證號、病人姓名、病人生日等欄位）必填欄位：1. 新收案日期、肝炎類型 2. Blood 檢驗：HBsAg、HBeAg、Anti-HCV 及肝功能檢查（GOT、GPT）檢查結果 3. 腹部超音波檢查結果」。

（二）本方案參、六、（二）1.：「未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。」。

（三）健保局 100 年 8 月 11 日健保○字第 1004090392 號函要旨：（受文者：○區 151 家院所）

100 年第 2 季各項醫療給付改善方案，未符收案條件或 VPN 資料未登錄或醫師未報備等條件，已放置行政院衛生署健保資訊網服務系統（VPN），請逕行下載資料並妥善管理，該局○區業務組將於 100 年 9 月 1 日重新執行檢核程式，若屆時資料仍未登錄或登錄不全者，將依計畫追扣相關醫療費用。

二、本件本會審定認為，分述如下：

（一）依卷附資料，本件○○○等 6 案，系爭 100 年 5、6 月份門診項目「新收案管理照護費（P4201C）」各計 1 次費用之給付，申報日期分別為 100 年 6 月 3 日、7 月 5 日。申請理由稱「因上傳系統問題，事後發現立即補登，造成登錄延後。」，經查健保局於 100 年 8 月 11 日以健保○字第 1004090392 號函，通知申請人將於 100 年 9 月 1 日重新執行檢核程式。惟迄至該局於 100 年 9 月 16 日執行檢核時，申請人仍未至 VPN 登錄上開個案之新收案管理照護相關資料，即與前開規定不符，有「100 年度第 2 季 BC 肝個案追蹤方案收案條件或 VPN 登錄或醫師報備異常之名單」附卷可稽，且健保局複核意見載明申請人完成補登日期分別為 100 年 10 月 3 日、28 日，亦為申請人所不否認，從而健保局不予給付系爭「新收案管理照護費（P4201C）」各計 1 次費用，核屬有據。

(二) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。
另為維護申請人自身權益，嗣後請貴院確實依規定完成本方案登錄系統之行政作業，併予敘明。

行政審查案例 18

摘要：申報門診診療項目「糖尿病第一階段追蹤管理照護費(P1408C)」，申請人未至 VPN 登錄個案之管理照護相關資料，即與規定不符，健保局不予給付費用，核屬有據。

案號：1012000715

案由：○○醫院申請保險對象○○○等 2 案 100 年 4 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由：

一、相關規定

(一) 全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案肆、五、(二) 1.：「未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。」。

(二) 健保局 100 年 8 月 11 日健保○字第 1004090392 號函要旨：(受文者：○區 151 家院所)

100 年第 2 季各項醫療給付改善方案，未符收案條件或 VPN 資料未登錄或醫師未報備等條件，已放置行政院衛生署健保資訊網服務系統(VPN)，請逕行下載資料並妥善管理，該局○區業務組將於 100 年 9 月 1 日重新執行檢核程式，若屆時資料仍未登錄或登錄不全者，將依計畫追扣相關醫療費用。

二、本件本會審定理由，分述如下：

(一) 依卷附資料，本件○○○○、○○○2 案，系爭 100 年 4 月份門診診療項目分別為「糖尿病第一階段追蹤管理照護費(P1408C)」、「糖尿病第一階段新收案管理照護費 (P1407C) 修改為 P1408C 糖尿病追蹤管理照護費」各計 1 次費用之給付。

(二) 查渠等 2 案之費用申報日期為 100 年 5 月 5 日，申請理由雖分別略稱：「因疏忽未登入 VPN，於第二季發現錯誤後即做修正」、「因就診期間更改名字，導致重複出現新收案代碼 P1407C，造成申複內容未修改為正確追蹤管理 P1408C，100 年 4 月 23 日收案追蹤管理 P1408C 登入無異常」，經查健保局於 100 年 8 月 11 日以健保○字第 1004090392 號函，通知申請人將於 100 年 9 月 1 日重新執行檢核程式。惟迨至該局於 100 年 9 月 16 日執行檢核時，申請人仍未至 VPN 登錄上開個案之管理照護相關資料，即與前開規定不符，有「100 年度第 2 季糖尿病方案收案條件或 VPN 登錄或醫師報備異常之名單」附卷可稽，且健保局複核意見載明申請人完成補登日期為 100 年 10 月 20 日，亦為申請人所不否認，從而健保局不予給付系爭 100 年 4 月份門診診療費用，核屬有據。

(三) 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。另為維護申請人自身權益，嗣後請貴院確實依規定完成本方案登錄系統之行政作業，併予敘明。

柒、程序案例

程序案例 1

摘要：申請書不合法定程序不能補正或經通知補正而屆期不補正，自屬程式不合，應不予受理。

案號：1012003784

案由：○○診所申請保險對象○○○等 9 案 101 年 1、2 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議不受理。

事實及理由：

按「申請書不合法定程序不能補正或經通知補正而屆期不補正，應為不受理之審定」為全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款所明定。本件申請人申請保險對象○○○等 9 案 101 年 1、2 月份門診診療費用審議案。本會以申請書不合程式，於 101 年 7 月 19 日以健爭審字第 1012003784 號書函檢還申請人之申請資料，並請其補正後於文到 20 日內，以掛號郵寄本會，並載明屆期不補正者，不予受理。查本會前開書函已於 101 年 7 月 24 日送達申請人，有申請人蓋章收受之中華民國郵政掛號郵件收件回執附卷可稽。茲申請人迄未將申請書填具補正送會，揆諸首揭規定，自屬程式不合，應不受理。

程序案例 2

摘要：申請人交由中華郵政公司寄送申請書，應以蓋於郵寄申請書信封之原寄局郵戳日期為準，逾 60 日申請期限，應不予受理。

案號：1012003922

案由：○○診所申請保險對象○○○等 2 案 100 年 12 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議不受理。

事實及理由：

本件申請書有關健保局複核核定文件欄記載：健保局 101 年 4 月 30 日健保○字第 1012316117 號，申請人於 101 年 5 月 5 日收到等語，核計其申請審議期間，自 101 年 5 月 6 日起算，應於 101 年 7 月 4 日屆滿 60 日。該日非星期日、國定假日或其他休息日。惟申請人遲至 101 年 7 月 16 日始以掛號函件郵寄申請，有黏貼於郵寄申請書信封之原寄局郵戳可稽，則本件審議申請，已逾 60 日申請期限，應不予受理。

程序案例 3

摘要：申請人交由中華郵政公司寄送申請書，應以蓋於郵寄申請書信封之原寄局郵戳日期為準，且核計其可提起審議期間 60 日之該屆滿日為星期日，經延至次日之上班日，仍逾 60 日申請期限，應不予受理。

案號：1002003620

案由：○○診所申請保險對象○○○等 3 案 99 年 11 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議不受理。

事實及理由：

本件申請書有關健保局複核核定文件欄記載「健保局 100 年 4 月 6 日健保○字第 1002312885 號，申請人於 100 年 4 月 13 日收到」等語，核計其提起審議期間，自 100 年 4 月 14 日起算，應於 100 年 6 月 12 日屆滿 60 日，惟該日為星期日，參照行政程序法第 48 條第 4 項前段規定，期間之末日應計至 100 年 6 月 13 日屆滿，惟申請人遲至 100 年 7 月 1 日始以掛號函件郵寄申請，有黏貼於郵寄申請書信封之原寄局郵戳可稽，則本件審議申請，應不受理。

程序案例 4

摘要：申請人交由民間快遞公司寄送申請書，應以本會收受之日期為準，逾 60 日申請期限，應不予受理。

案號：1012001584

案由：○○醫院申請保險對象○○○○等 18 案 100 年 5 月份住院診療費用給付事件。

主文：申請審議不受理。

事實及理由：

- 一、本件參依台中高等行政法院 97 年度簡字第 105 號判決及最高行政法院 97 年度裁字第 5018 號裁定意旨，行政程序法第 49 條所規定之「掛號寄送」、「郵戳」，係指寄送人交由依郵政法設立之中華郵政公司遞送的掛號郵件暨蓋於交郵當日該掛號郵件上之中華郵政公司郵戳日期，故申請人如交由民間快遞公司寄送申請書，應以本會收受之日期為準，先予敘明。
- 二、本件申請書有關健保局複核核定文件欄記載：健保局 100 年 11 月 11 日健保○字第 1002211136 號，申請人於 100 年 12 月 7 日收到等語，核計其提起審議期間，自 100 年 12 月 8 日起算，應於 101 年 2 月 5 日屆滿 60 日。該日為星期日，參照行政程序法第 48 條第 4 項前段規定，期間之末日應計至 101 年 2 月 6 日屆滿。惟申請人之爭議審議申請書於 101 年 2 月 6 日始交寄民間快遞公司（黑貓宅急便）寄送，有黑貓宅急便託運單附卷可稽，並於 101 年 2 月 7 日到達本會，有本會蓋於該申請書上之收文日戳可按，則本件審議申請，已逾 60 日申請期限，應不予受理。

程序案例 5

摘要：爭議項目，申請人並未申報，健保局亦未核刪，申請人卻向健保局提起申復，健保局詎以專業審查不予支付，其理由固有未洽，惟仍不影響本案應予不受理之結果。

費用年月： 100/07 類別： 門診 案號： 1012001069 流水號： 000327

科別： 外科 性別： 女性

診斷： 膝及腿之拉傷及扭傷

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	不受理	駁回	
頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)(32009C)	1		1		查所附「行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診服務點數及醫令清單」，左列項目，申請人並未申報，健保局亦未核刪，申請人卻向健保局提起申復，健保局原應不予受理，詎以專業審查不予支付，其理由固有未洽，惟仍不影響本案應予不受理之結果。
頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)(32010C)	1		1		

程序案例 6

摘要:系爭項目並非原核定之核刪項目，申請審議應不予受理。

費用年月： 100/03 類別： 門診 案號： 1002004109 流水號： 000050

科別： 內科 性別： 女性

診斷： 其他高脂質血症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	不予受理	駁回	
總膽固醇 (09001C)	1		1		經查所附「行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」，左列系爭項目並非原核定之核刪項目，申請審議應不予受理。
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 (09026C)	1		1		

程序案例 7

摘要:事前審查爭議標的未經申復程序，逕行申請審議與規定不符，且已逾申復期限，應不予受理。

費用年月： - 類別： 事前審查 案號： 1012002149 流水號： -

科別： 小兒科 性別： 男性 年齡： 10 歲 10 個月

診斷： 缺乏正常之生理發育

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	不 受 理	駁 回	
GENOTROPIN 5.3MG (K000683236)	72		72		本件本會審定認為，系爭GENOTROPIN (K000683236) 事前審查，查卷附資料，健保局受理申請日期為 101 年 1 月 6 日，核定日期為 101 年 1 月 10 日，經本會洽健保局查明結果，本件未經申復程序，逕行申請審議與規定不符，申請審議應不予受理。

程序案例 8

摘要:標的未經申復，逕行申請審議與規定不符，申請審議應不予受理。

費用年月： 100/01 類別： 門診 案號： 1012000127 流水號： 001059

科別： 精神科 性別： 女性

診斷： 妄想型精神分裂症、入睡或維持睡眠之持續障礙

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	不 受 理	駁 回	
ZYPREXA ZYDIS 10MG ORODISPERSIBLE TABLETS (B023912100)	28		28		經查所附「中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」，左項標的未經申復，逕行申請審議與規定不符，申請審議應不予受理。

程序案例 9

摘要: 申復時健保局已同意補付, 申請人復向本會申請審議, 即有未合, 申請審議應不予受理。

費用年月: 100/02 類別: 門診 案號: 1002007158 流水號: 001304

科別: 急診醫學科 性別: 女性

診斷: 胸痛、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	不予受理	駁回	
心肌旋轉蛋白 I (09099B)	1		1		經查所附「行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」, 申復時健保局已同意補付, 申請人復向本會申請審議, 即有未合, 申請審議應不予受理。

程序案例 10

摘要:健保局原已改核給付,申請人復向本會申請審議即有未合,部分申請審議應不予受理;部分駁回。

費用年月: 100/01 類別: 門診 案號: 1002004310 流水號: 000224

科別: 內科 性別: 女性

診斷: 急性或未明示之 B 型病毒性肝炎,未提及肝昏迷,未提及 delta 型肝炎、慢性持續性肝炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	不受理	駁回	
腹部超音波 (19001C)	882 點		如理由	如理由	<p>一、依卷附資料,本案系爭「腹部超音波(19001C)」計 882 點費用之給付,分述如下:</p> <p>(一)關於 643 點部分,查卷附「行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」、「行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」等資料,健保局原已改核「腹部超音波,追蹤性(19009C)」給付 643 點,申請人復向本會申請審議即有未合,本部分申請審議應不予受理。</p> <p>(二)關於其餘 239 點部分,依病歷記載,確如健保局審核意見所載。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					二、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，健保局原核定並無不合，應予維持。

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

全民健康保險爭議審議案例彙編. 七, 醫療篇 /
行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會編著.

-- 臺北市 : 全民健保爭審會, 民 101.12

面 ; 公分

ISBN 978-986-03-5154-5 (平裝)

1. 全民健康保險 2. 保險法規

412.56

101025325

書名：全民健康保險爭議審議案例彙編（七）-醫療篇

編著者：行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會

發行人：吳憲明

總編輯：張玉霞

編輯：陳茱麗、楊樹梅、張治安、劉淑清、梁玉梅、
陳玉靜、溫佳英、陳玉芬、郭盈珮、陳慧嬌、
黃麗貞、謝瓊香、蔣元申、葉若涵、廖雪雅、
張家盛、鍾馨慧、紀育君、黃嘉幸、吳虹芳

出版機關：行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會

地址：10041 台北市北平西路 3 號 3 樓

電話：(02)8590-6740

網址：<http://www.doh.gov.tw>

印刷者：權憶影印有限公司

地址：10069 台北市汀州路 1 段 131 巷 8 弄 3 號

電話：(02) 2304-6544

出版年月：中華民國 101 年 12 月

工本費：新台幣 110 元

GPN：1010103222

ISBN：978-986-03-5154-5