

## 案例二

### 案情摘要

所附中醫初診資料表及門診病歷，非原送審查之病歷資料，且個案病情診斷，不符特定疾病門診加強照護適用範圍之規定。

衛部爭字第 1093402873 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 (一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第四部第九章特定疾病門診加強照護 1. 通則一、個案適用範圍：「(三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、 S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。」 2. 通則四：「看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。」 (二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四) 5. 前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。 二、 本部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，爭議審議階段僅就保險人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，不予認定，先予敘明。

三、查卷附資料，本件係健保署執行「NCVA 個案費用檢核批次追扣專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目分別為「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次)(C05)」、「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置四至六次)(C06)」，分述如下：

(一) 健保署審核意見

1. 初核：追扣代碼-006(不符收案資格)。
2. 複核：未附中醫病歷(○○○案、○案、○案)、未符合顱腦損傷之疾病及病名(○○○案)。

(二) 申請理由要旨

1. ○○○案：此病人108年7月16日於本院神經內科診斷 right MCA infarction 並住院復健治療，故收案。
2. ○○○案：患者符合收案計畫資格。
3. ○○○案：住院期間108年8月24日至9月12日正確診斷：I67.89，因申報誤植為 U000REH 造成健保署 VPN 門診系統抓不到診斷碼以致於無法收案。
4. ○○○案：此病人於108年7月2日在本院復健科診斷 Traumatic spinal cord injury (C1/C2 subluxation and C1-C6 HIVD with myelopathy)，並住院復健治療，故收案治療。

(三) 依申請人所附二份病歷紀錄，一份為「中醫初診資料表、門診病歷聯」等(電子檔)、一份為「出院病歷摘要」等(紙本)，其中所附中醫初診資料表及門診病歷聯，非原送審查之病歷資料，即與前揭審查注意事項及審議意旨不符，復依原送審病歷資料，病人分別罹患「I67.2 腦血管動脈粥樣硬化」、「I63.50 源於未明示腦動脈阻塞或狹窄之腦梗塞」、「I67.89 其他腦血管疾病」、「S14.105A 第五頸椎脊髓損傷之初期照護」等，同意健保署意見，申報系爭「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(C05)、(C06)」項目，不符前揭支付標準規定。

四、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。