

第二篇



- 西醫
- 牙醫
- 中醫

醫療費用爭議案件

常見代表性案例

第二篇 醫療費用爭議案件常見代表案例

保險醫事服務機構申請爭議審議，依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 規定，應檢送原送審查之病歷資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部不予認列。

保險醫事服務機構申請爭議審議常檢附國內外文獻、期刊、指引(guideline)、共識會議、專家諮詢會議等相關資料，以做為有利之證據，惟健保署於 105 年 10 月 20 日重申全民健康保險醫療費用審查之審查依據為該署公告週知且具一致性之法令規定。

保險醫事服務機構施行應事前審查項目，使用前應報經健保署審查同意，如因事出緊急，得以書面說明電傳健保署報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。

壹、西醫

一、檢查檢驗

案例一

案情摘要

同日分別施行及申報「頭部」、「胸部及上腹部」電腦斷層造影檢查各 1 次，可同次施作者，僅能申報 1 次。

衛部爭字第 1103401992 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	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、一、（十八）、1. 電腦斷層及磁振造影檢查審查原則：</p> <p>「(1)『電腦斷層造影』及『磁振造影』診療項目均以『次』為單位，病患如因病情需要多部位造影檢查，其原則如下：</p> <p>甲、病患可同次施作，僅能申報1次，不得以不同部位為理由分次執行或拆分申報多次。</p> <p>乙、若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，須分次執行，需於病歷上詳載其理由，依實際施作次數申報，其合理性由專業審查認定。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「CT及MRI同日或隔日重複申報專案審查」爭議案，系爭項目為「電腦斷層造影—有/無造影劑（33072B）」、「DISPOSABLE 200CC SYRINGE KIT（NBS07SCTPQMH）」，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，109年10月12日分別施行及申報頭部「電腦斷層造影—無造影劑〈33070B〉」及胸部及上腹部「電腦斷層造影—有/無造影劑〈33072B〉」（系爭）各1次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0514A」、「Brain CT及MRI僅相差2天，擇一檢查即可」，依病歷紀錄，病人因 shortness of breath and bilateral lower legs edema for 2 days，於109年10月8日至29日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Acute respiratory failure s/p ETT+MV」等，依前揭規定，不得以不同部位為理由分次執行或拆分申報多次，依病情記載，同意健保署意見，健保署原給付電腦斷層造影檢查項目之數量，已足敷診療所需；系爭特殊材料比照電腦斷層造影不予給付，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。</p>

案例二

案情摘要

申報多次系爭「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」項目，未於病歷上詳載其理由，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403453 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 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、一、(十八)、1. 電腦斷層及磁振造影檢查審查原則： 「(1)『電腦斷層造影』及『磁振造影』診療項目均以『次』為單位，病患如因病情需要多部位造影檢查，其原則如下： 甲、病患可同次施作，僅能申報 1 次，不得以不同部位為理由分次執行或拆分申報多次。 乙、若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，須分次執行，需於病歷上詳載其理由，依實際施作次數申報，其合理性由專業審查認定。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「109Q4 CT 及 MRI 同日或隔日重複申報專案審查」爭議案，渠等 2 案，系爭項目均為「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」，分述如下： (一)○○○案，依「特約醫事服務機構住院醫療服務點數清單」顯示，申請人醫院於 109 年 11 月 24 日、27 日(系爭)施行並申報腦部「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」各 1 次及 109 年 11 月 26 日施行並申報腹部「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」1 次，健保署初、複核意見為西醫

專業審查不予支付理由代碼「0509A」、「非必要之檢查」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因心腎衰竭，於109年11月17日至12月12日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Acute on chronic renal failure on hemodialysis…」等，申請理由雖略稱：「因腹部 distension 及消化↓，故安排 CT，評估是否腹內感染源」，惟查系爭電腦斷層造影檢查申報部位為頭部，且依病情記載，同意健保署意見，健保署原給付電腦斷層造影檢查項目及數量，已足敷診療所需。

(二)○○○案，依「特約醫事服務機構住院醫療服務點數清單」顯示，申請人醫院於109年11月27日、28日(系爭)施行並申報腦部「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」各1次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0181A」、「109年11月27日與109年11月28日 brain CT 無明顯變化」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因雙腳踩地會痛到腳軟無力，需拐杖協助下行走，於109年11月25日至12月3日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「L4/L5、S1 spinal stenosis」等，於109年11月26日接受脊椎手術治療，申請理由雖略稱：「病人腰椎術中 dura tear，故術後 follow up，隔天肢體無力，意識昏迷，懷疑 stroke attack，故再次安排 brain CT，雖 Follow image 無明顯變化，但病人臨床症狀有明顯惡化」，依前揭規定，因病情需要，須分次執行，需於病歷上詳載其理由，惟依系爭檢查日109年11月28日 Progress Note 顯示，無申請理由所稱「病人臨床症狀有明顯惡化」之相關病情記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。

三、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。

案例三

案情摘要

施行左、右兩側甲狀腺檢查，同日重複申報系爭「薄片細胞學檢查（15021C）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403875 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 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節檢查通則： 「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。」 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「同日重複檢查專案審查」爭議案，渠等 3 案，系爭「薄片細胞學檢查（15021C）」項目，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，皆於同日申報 2 次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0519A」，不予給付 1 次，依病歷紀錄，病人診斷分別為「Thyrotoxicosis with diffuse goiter without thyrotoxic crisis or storm」等(○案)、「Nontoxic multinodular goiter」等(○○○案)、「Disorder of thyroid, unspecified」(○○○案)，申請理由雖略稱：「執行不同部位穿刺，病理科醫師專業認定採取不同部位檢體分別執行細胞學檢查」，惟依「非婦科細胞報告單」顯示，渠等均為施行左、右兩側甲狀腺檢查，同意健保署意見，重複申報系爭「薄片細胞學檢查

	(15021C)」，不符前揭規定。 三、綜上，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。
--	--

案例四

案情摘要

病歷未有病情嚴重度之相關記載，不足以支持短期內施行並申報多次系爭「鼻竇內視鏡檢查（28003C）」項目之必要性。

衛部爭字第 1103402613 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第二部第二章第一節第二十一項內視鏡檢查					
	編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	28003C	鼻竇內視鏡檢查	v	v	v	v	1332
	（二）行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、（八）100903022 鼻竇內視鏡 Sinoscopy（28003C）：						

「100903022-01：可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內得申報3次，手術前後合計最多申報4次。」(自106年8月1日生效)。

「100903022-01：可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。」(自109年5月1日生效)。

二、查卷附資料，本件係健保署執行「鼻竇內視鏡檢查專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」，分述如下：

(一) ○○○1人3案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，108年1月2日至3月11日期間，施行並申報「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」共6次，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」，不予給付3次，依病歷紀錄，病人診斷為「Nasal Polyp, Unspecified」等，於107年12月20日接受內視鏡鼻竇功能手術，依系爭就醫日108年1月9日、1月16日、1月30日病歷紀錄及耳鼻喉內視鏡檢查報告顯示，未有病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。

(二) ○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，108年1月7日至3月22日期間，施行並申報「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」共4次，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人診斷為「Chronic Sinusitis, Unspecified」等，於107年12月25日接受內視鏡鼻竇手術，依系爭就醫日108年3月22日病歷紀錄及耳鼻喉內視鏡檢查報告顯示，未有病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。

(三) ○○○1人4案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，108年11月19日至109年6月26日期間，施行並申報「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」共7次，健保署初、複核意見為「0509A, > 3M」，不予給付4次，依病歷紀錄，病人診斷為「Chronic Sinusitis,

	<p>Unspecified」等，於108年11月9日接受內視鏡鼻竇手術，申請理由雖略稱：「前次接受功能性內視鏡鼻竇手術後，病人有不適症狀而回診，Sinoscope 發現有蓄膿與 polyp 並給予清除」，惟依系爭就醫日108年12月3日、109年4月17日、5月29日、6月26日病歷紀錄及耳鼻喉內視鏡檢查報告顯示，未有病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。</p> <p>(四) 其餘個案，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」，依病歷紀錄及內視鏡檢查報告顯示，無病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，不足以支持施行系爭檢查項目之必要性。</p> <p>三、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。</p>
--	--

案例五

案情摘要

申報系爭「骨盆檢查費(55021C)」項目，病歷必須有記載骨盆腔檢查。

衛部爭字第1103403029號

審 定	
主文	<p>序號第1至第2號原核定撤銷，同意給付如附表。</p> <p>序號第3號申請審議駁回。</p>
事實	<p>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。</p>
理由	<p>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。</p>
	<p>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。】</p>

審定理由	查卷附資料，本件係健保署執行「個別醫院專案-109年門診婦產科申報適當性審查」爭議案，本部審定如附表。
------	---

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○ ○○○ 婦產科 109/07 04	骨盆檢查費 (55021C)	1	1		<p>一、相關規定</p> <p>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)第一部、壹、二、(五)100505 婦科骨盆腔病狀診療</p> <p>「100505012 申報骨盆腔檢查費(55021C)，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下：</p> <p>a. 已有性經驗者，宜記載子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之情形，至少也要記載其中之三項或以上有無病變或異常。</p> <p>b. 無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。」</p> <p>二、查所附資料，渠等 2 案，健保署初、複核意見為「0181A，排定抹片」(○案)、「0181A，追蹤 PAP smear，(109 年)7 月 6 日已有 PV」(○案)、「本項內含於 55012C，不另支付」，惟查有關子宮頸抹片取樣(55012C)費用是否已含骨盆檢查費用一節，前經本部審理另案(衛</p>
2	○○ ○○○ 婦產科 109/09 04	骨盆檢查費 (55021C)	1	1		

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>部爭字第○○○○○○○○○○○號)詢據健保署提具意見表示，略以：「55021C 骨盆檢查費、55012C 子宮頸抹片取樣及 15017C 婦科細胞檢查，前揭三項診療項目之支付標準規範，未有規定不得同時併報」及 110 年○月○日詢據健保署提具意見表示，略以：「審查醫師就個案實際情況專業判斷之結果」等語，爰本部就渠等 2 案專業審查結果，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified」等，依系爭就醫日 109 年 7 月 7 日病情記載：「主訴：Frequent urination, vaginal dryness…客觀：PV：Senile vaginitis, CX and UT：absent, AD free, cystocele, Grade 1」，施行系爭檢查，核符前揭規定及病情所需，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。</p> <p>(二)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Mild cervical dysplasia」等，依系爭就醫日 109 年 9 月 8 日病情記載：「主</p>

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>訴：Vaginal bleeding before 客 觀：PV：Candida infection, senile change, retracted CX with CX abrasion, UT. Prolapse, Grade 1, rectocele, Grade 2」，施行系爭檢查，核符 前揭規定及病情所需，所請同意 給付，其金額由保險人依規定核 算後補付。</p>
3	○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○	所有如申請 書所載項目			V	<p>一、查卷附資料，渠等個案，系爭項目 皆為「骨盆檢查費（55021C）」， 分述如下： (一)○○○案，健保署初、複核意見 為「0181A，主要追蹤 PAP smear」、「本項內含於 55012C，不另支付」，依病歷紀 錄，病人診斷為「Female pelvic inflammatory disease, unspecified」，申請理由雖略 稱：「內診發現子宮頸外翻及滲 血情形，同時進行超音波檢查亦 記錄在病歷客觀中」，系爭就醫 日 109 年 8 月 19 日病歷僅記載： 「客觀：PV：Candida infection, ectocervix with mild ozzing, N/S, AD free」， 未有子宮、子宮附屬器、子宮</p>

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	○○○ 共 7 案 婦產科					<p>頸、陰道、外陰部五項檢查之其中三項或以上有無病變或異常之記載，不足以支持系爭檢查項目之必要性。</p> <p>(二)○○○案，健保署初、複核意見為「0181A，主訴抹片」、「本項內含於 55012C，不另支付」，依病歷紀錄，病人診斷為「Encounter for gynecological examination (general)(routine)without abnormal findings」，系爭就醫日 109 年 8 月 19 日病歷僅記載：「客觀：PV：Candida infection, CX：smooth, mild enlarged, AD free, VVC」，未有子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之其中三項或以上有無病變或異常之記載，不足以支持系爭檢查項目之必要性。</p> <p>(三)其餘個案，系爭就醫日病歷皆未有子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之其中三項或以上有無病變或異常之記載，不足以支持系爭檢查項目之必要性。</p>

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					二、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。

案例六

案情摘要

病歷無氣喘、過敏性鼻炎之診斷，申報系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402938 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)第二部第二章第一節第二十三項診療項目「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」註：「限確診為 Asthma、過敏性鼻炎者或 2 歲以下有異位性皮膚炎。」。 (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)第一部、壹 1. 二、(八)100905 鼻科檢查 100905042-01 「使用於臨床診斷為呼吸道過敏疾病者，為確認病人之過敏原，除年齡、嗜酸性白血球數考量外或 IgE (12031C) 大於其標準值或過敏原檢驗(定性) (30021C)異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，以兩年內未實施者為原則。」(自 106 年 8 月 1 日生效) 2. 一、(三十四)過敏原測試 MAST allergy test 審查原則： 「2. 除年齡、嗜酸性白血球數考量外或 IgE (12031C)大於其標準值或過敏原檢驗(定性) (30021C)異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，以兩年內未實施者為原則。」(自 109 年 5 月 1 日生效)

- 二、查卷附資料，本件係健保署執行「30022C(特異過敏原免疫檢驗)申報適當性專案審查」爭議案，系爭項目皆為「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」，茲就渠等個案，分述如下：
- (一)○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭檢查日108年3月22日施行並申報系爭項目共2次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人民國104年生，診斷為「Dermatitis, unspecified」等，申請理由雖略稱：「病人有嚴重異位性皮膚炎，雖已落實食物的選擇及環境清潔，再輔以藥物控制後仍無法改善，故予以檢測過敏原」，惟依系爭就醫日108年3月21日病情記載，未有申請人所稱「異位性皮膚炎」之診斷，且同日施行PHADIATOP TEST、TOTAL IgE TEST及系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，不符前揭規定，健保署原給付系爭項目之數量，已屬從寬。
- (二)○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭檢查日108年10月5日施行並申報系爭項目共2次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人診斷為「Other atopic dermatitis」，申請理由雖略稱：「病人為不孕症患者，長期服用中藥治療引起全身皮疹，由於panel III中含有Seasme，與中草藥發生交叉反應可能性最高，因此測定panel III」，系爭就醫日108年10月4日病情記載：「S: generalized itching papules over the whole body including scalp...0: IgE 442」，惟未載明IgE檢驗日期，且同日施行PHADIATOP TEST、Eosinophil count、TOTAL IgE TEST及系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，不符前揭規定，健保署原給付系爭項目之數量，已屬從寬。
- (三)○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭檢查日109年5月27日施行並申報系爭項目共2次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人診斷為「Urticaria, unspecified」，申請理由雖略稱：「病人罹患嚴重蕁麻疹，懷疑食物是過敏原因，故開立該項檢查」，惟系爭就醫日109年5月27

	<p>日病歷無申請理由所稱「懷疑食物是過敏原因」之相關病情記載，亦無氣喘、過敏性鼻炎之診斷，且同日施行 TOTAL IgE TEST 及系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，不符前揭規定，健保署原給付系爭項目之數量，已屬從寬。</p> <p>(四)其餘個案，健保署初、複核意見略為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A、0510A」、「0181A」，依病情記載，或同意健保署意見，施行系爭檢查不符前揭規定；或不足以支持施行系爭檢驗項目之必要性。</p> <p>三、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。</p>
--	--

案例七

案情摘要

病歷未載明適應症，不足以支持系爭「正子造影-局部(26073B)」項目之必要性。

衛部爭字第 1093402662 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 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節「正子造影-局部(26073B)」註：「2.非

腫瘤部分之適應症：(1)存活心肌偵測：限 LVEF \leq 40% 以下且以(或認定)傳統心肌斷層灌注掃描無法做確切心肌存活者適用。」。

二、查卷附資料，本件係健保署執行「心室搏出分率及心室壁活動測定(26045B)併報其他檢查專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：

(一)○○○案，健保署初、複核意見略為「0510A，已作心超，0102A，未註明 indication(病人 stable)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Hypertensive heart disease with heart failure」等，系爭「心室搏出分率及心室壁活動測定(26045B)」項目部分，同時已施行心臟超音波檢查，依病情記載，不足以支持施行系爭檢查之必要性；系爭「正子造影-局部(26073B)」項目部分，病歷無胸痛主訴相關記載，亦無心肌斷層灌注掃描之資料佐證，使用系爭項目，不符前揭規定。

(二)○○○案，系爭「正子造影-局部(26073B)」項目，健保署初、複核意見略為「0102A，0524A，0510A，已安排 Thallium scan，且未註明適應症，病歷過於簡略，卻同時安排兩項高價檢查」，依病歷紀錄，病人診斷為「Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris」等，依病情記載，病況穩定，無胸痛主訴之相關記載，不足以支持施行系爭檢查之必要性。

(三)○○○案，系爭「正子造影-局部(26073B)」項目，健保署初、複核意見略為「0102A，0510A，0324A，未載明適應症，且病歷過於簡略又同時安排兩項高價檢查，但未說明理由」，依病歷紀錄，病人診斷為「ST elevation (STEMI) myocardial infarction of unspecified site」等，依系爭就醫日 107 年 8 月 31 日病歷記載：「still chest tightness...DOE fc I」，不足以支持施行系爭檢查之必要性。

(四)○○○案，系爭「正子造影-局部(26073B)」項目，健保署初、複核意見略為「0102A，0510A，0524A，已安排核醫 LVEF 未載明需安排 PET 之理由」，申請理由雖略稱：「病人已知為 ICMP 且 low EF, UCG 發現有疑似陳舊性心肌梗塞，故安排 Thallium 看 ischemia 及 PET 看

		<p>viability」，依病歷紀錄，病人診斷為「Heart failure, unspecified」等，病歷無申請理由所稱 ICMP 之相關記載，不足以支持施行系爭檢查之必要性。</p> <p>(五)其餘個案，系爭均為「正子造影-局部(26073B)」項目，依病情記載，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>三、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。</p>
--	--	--

案例八

案情摘要

移除移位之 IUD 並置入新子宮內避孕器，屬自費裝置之療程範圍，不足以支持申報系爭「婦科超音波(19003C)」項目之必要性。

衛部爭字第 1093406085 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	如附表。

附表

衛部爭字第 1093406085 號

序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由														
				撤 銷	駁 回															
1	○○ ○○○ 婦產科 109/06 09	婦科超音波 <19003C>	1		1	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第十三項超音波檢查</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基 層 院 所</th> <th>地 區 醫 院</th> <th>區 域 醫 院</th> <th>醫 學 中 心</th> <th>支 付 點 數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19003C</td> <td>婦科超音波 Gynecologic ultrasound 註： 1. 不含杜卜 勒檢查及立 體組像。 2. 不得同時 申報 19011C。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>450</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、查所附資料，健保署初、複核意見為「0102A，依病歷內容無施行超音波檢查之適應症」、「此檢查非屬疾病診斷，IUD 為自費項目，不宜申報健保另收自費」，申請理由略</p>	編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	19003C	婦科超音波 Gynecologic ultrasound 註： 1. 不含杜卜 勒檢查及立 體組像。 2. 不得同時 申報 19011C。	v	v	v	v	450
編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數														
19003C	婦科超音波 Gynecologic ultrasound 註： 1. 不含杜卜 勒檢查及立 體組像。 2. 不得同時 申報 19011C。	v	v	v	v	450														

附表						
衛部爭字第 1093406085 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>稱：「子宮內避孕器裝置雖是自費，並不是在本診所裝置，給予檢查，重新裝置避孕器，並未申報健保，裝置前避孕器的移位必須以超音波確認」，依病歷紀錄，病人診斷為「子宮內避孕裝置移位之後續照護」等，依系爭就醫日 109 年 6 月 5 日病情記載：「S/P IUD F/U, DISPLACEMENT WAS FELT BY HER HUSBAND PV CX NP MUCUS DISCHARGE VP NP, IUD TAIL MORE LONG TAS IUD DISPLACEMENT」，顯示內診發現子宮內避孕器之線尾較長，懷疑子宮內避孕裝置移位，施行系爭超音波檢查乃為移除 IUD 並置入新裝置，係屬自費裝置子宮內避孕器之療程範圍，同意健保署意見，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。</p>

案例九

案情摘要

系爭醫療費用自健保署受理之日起，已逾 2 年，健保署不得追扣。

衛部爭字第 1103403282 號

審 定	
主文	序號第 1 至第 3 號原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。 序號第 4 號申請審議駁回。
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 查卷附資料，本件係健保署執行「門診玻尿酸併報超音波導引或關節穿刺專案審查」爭議案，本部審定如附表。

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○ ○○○ 風濕免疫科	超音波導引 (為組織切片，抽吸、注射等) <19007B>	1	如理由		一、相關規定 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下簡稱醫療服務審查辦法)第 5 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構所申報

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	108/04 09					之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。」。
2	○○ ○○○風 濕免疫科 108/04 09	超音波導引 (為組織切片，抽吸、 注射等) 〈19007B〉	1	如 理 由		二、健保署審核意見 (一)初核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0431A」。 (二)複核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」。 三、依前揭醫療服務審查辦法第 5 條，自保險人受理申報醫療服務案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣之規定，追扣費用期間係以健保署受理申報案件 2 年內之費用，申請人申報左列之 108 年 4 月份費用，經健保署 110 年○月○日提具意見略以：「費用年月 108/4 書面總表受理日期 108/05/10」，本件健保署於 110 年 6 月 7 日健保○字第○○○○○○○○○號函追扣申請人上開之費用，已逾受理申報案件 2 年，申請人有無前揭全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約之情
3	○○ ○○○風 濕免疫科 108/04 09	超音波導引 (為組織切片，抽吸、 注射等) 〈19007B〉	1	如 理 由		

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>事？因攸關本件追扣期間之計算，均有查明之必要。</p> <p>四、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適當之核定。</p>
4	○○ ○○○等 28 案 風濕免疫 科	所有如申請 書所載項目			V	<p>一、查所附資料，渠等個案，分述如下： (一)○○○(流水號○○)案，系爭項目為「前降鈣素原(12192C)」、「超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)(19007B)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付代碼「0503A、0431A」、「0509A」，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示部位單發性關節炎，他處未歸類者」等，系爭「前降鈣素原(12192C)」部分，系爭就醫日108年8月10日病情無初步診療相關記載，不足以支持逕予施行系爭檢驗之必要性；系爭「超音波導引(19007B)」部分，申請理由雖略稱：「為類固醇注射與增生治療」，惟依系爭就醫日108年8月10日病情記載，為簡單關節腔注射，無須併行系爭超音波導引項目之必要性。</p> <p>(二)○○○案</p> <p>1. 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項</p>

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>目及支付標準第 84 條附件七特殊材料給付規定之分類碼 D108-6：</p> <p>「一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用」。</p> <p>2. 系爭項目為「超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等) (19007B)」、「HYA-JOINT SYNOVIAL FLUID SUPPLEMENT(2.5ML/支) (FBT01HJ001V0)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付代碼「0431A、0332A」、「0509A、0308A」，依病歷紀錄，病人診斷為「類風濕性關節炎」等，系爭「超音波導引(19007B)」部分，申請理由雖略稱：「為發炎症關節液抽吸並送檢查…」，惟依系爭就醫日 109 年 1 月 15 日病情記載，為簡單關節腔注射，無須併行系爭超音波導引項目之必要性；系爭「HYA-JOINT SYNOVIAL FLUID SUPPLEMENT (FBT01HJ001V0)」部分，依系爭就醫日 109 年 1 月</p>

附表

衛部爭字第 1103403282 號

序號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
	續前頁					<p>15 日關節液分析檢查單記載： 「WBC：5050/cumm(參考值 <200/cumm)…PMN：58%(參考值 <25%)」，顯示為發炎性關節炎， 使用系爭特材，核與前揭規定不 符。</p> <p>(三)其餘個案，系爭項目分別為「超音 波導引(為組織切片，抽吸、注射 等)(19007B)」、「化學腫瘤藥 品處方之藥事服務費(天) (05221A)」，健保署初、複核意 見為西醫專業審查不予支付代碼 「0431A、0509A、0303A、0428A」， 依病情記載，或為簡單關節腔注 射，無須併行系爭超音波導引項目 之必要性；或處方藥品非屬需在層 流工作檯調配之成品製劑，不足以 支持申報系爭藥事服務費項目之 必要性。</p> <p>二、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。</p>

二、復健治療

案例一

案情摘要

系爭就醫日距發病日，已逾積極治療期，申報系爭「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103401067 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	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(十四)101402040 複雜治療項目</p> <p>「101402040-01 以積極復健期之病人為原則，病歷中應註明發病日期，以作為積極治療期間之佐證。</p> <p>101402040-02 病人如病情需要，仍有積極功能性復健需求者，病歷應詳實記載其必要性。</p> <p>101402040-03 超過積極治療期，不宜申報複雜治療項目。」</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「門診復健閾值管理專案立意審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一)○○○1 人 2 案，系爭項目為「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」、「0791A」，42014B 改支 42011B，43030B 改支 43008B，依病歷紀錄，病人診斷為「Unspecific multiple injuries」、「Brachial plexus disorders」等，依系</p>

爭就醫日 109 年 6 月 23 日、7 月 13 日病情記載：「Left lower limb fracture and left upper limb numbness and weakness in 2019-8」，顯示系爭就醫月 109 年 6 月、7 月距發病月 108 年 8 月，已逾積極治療期，同意健保署意見，健保署原給付復健治療項目，已足敷治療所需。

(二) ○○○案，系爭項目為「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」，健保署初、複核意見為「0704A」、「0791A，腦炎視同 CVA」，42014B 改支 42011B，43030B 改支 43008B，依病歷紀錄，病人診斷為「Encephalitis and encephalomyelitis, unspecified」，依系爭就醫日 109 年 8 月 10 日病情記載：「Encephalitis with poor balance onset: 2019/8/22」，顯示系爭就醫月 109 年 8 月距發病日 108 年 8 月 22 日，已逾積極治療期，同意健保署意見，健保署原給付復健治療項目，已足敷治療所需。

(三) ○○○1 人 3 案，系爭項目為「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」、「0791A」，42014B 改支 42011B，43030B 改支 43008B，依病歷紀錄，病人診斷為「Cerebral infarction due to embolism of left middle」等，依系爭就醫日 109 年 8 月 26 日、9 月 9 日、9 月 23 日病情記載：「Left MCA infarction with right side weakness and aphasia onset: 2019/08/05」，顯示系爭就醫月 109 年 8 月、9 月距發病日 108 年 8 月 5 日，已逾積極治療期，同意健保署意見，健保署原給付復健治療項目，已足敷治療所需。

三、 綜上，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。

四、 另建請貴院依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節，以及全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(十四)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-復健科之規定，申報復健治療相關費用，以維護貴院權益，併予敘明。

案例二

案情摘要

病歷無病情、症狀改善相關描述，不足以支持系爭物理治療、職能治療、語言治療項目之必要性。

衛部爭字第 1103403278 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、查卷附資料，本件係健保署執行「門診復健閾值管理專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下： (一)○○○1 人 4 案，系爭項目均為「中度治療_中度(42008B)」，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0703A」，依病歷紀錄，病人診斷為「右側尺神經病灶」等，申請理由雖略稱：「…病人因有糖尿病、洗腎等慢性病，神經修復緩慢，需較長時間復健治療」，惟依系爭就醫日 109 年 10 月 13 日(流水號○○、○○)、11 月 6 日(流水號○○、○○)病情記載：「S：…2020.10 Acute onset of right hand weakness, difficulty in writing and using chopsticks, relatively preserved proximal muscle power…0：…Superimposed with ulnar neuropathy was impressed by clinical presentation.」，顯示病人疑有 Acute compression of the ulnar nerve，然卷無病情、症狀改善相關描述紀錄，同意健保署意見，不足以支持施行系爭復健治療之之必要性。 (二)○○○1 人 5 案，系爭項目均為「中度-複雜(44014B)」，

健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0791A」，改支 44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「非創傷性腦幹出血」等，申請理由雖略稱：「病人 2020/5/23 再度中風後，才因吞嚥困難放置鼻胃管，實施中度複雜語言治療…」，惟依系爭就醫日 109 年 9 月 22 日（流水號○○）、10 月 13 日（流水號○○）、11 月 3 日（流水號○○）、11 月 24 日（流水號○○）、12 月 15 日（流水號○○）病情記載：「個人病史：CVA 2017…」，顯示為慢性期腦中風個案，同意健保署意見，健保署原給付復健項目及數量，已足敷診療所需。

(三) ○○○1 人 3 案，系爭項目為「中度 Moderate(43005B)」、磁振造影—無造影劑(33084B)」、「中度-複雜(43008B)」，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0508A、0703A」，依病歷紀錄，病人診斷為「右側肱骨上端閉鎖性骨折之初期照護」等，申請理由雖略稱：「病人因 right proximal humeral fracture s/p ORIF，術後右關節僵硬，活動角度受限…」，惟依系爭就醫日 109 年 10 月 19 日（流水號○○）、11 月 17 日（流水號○○、○○）病情記載：「S: rt proximal humerus fx s/p on 20200310…0: flex: 100, ABD: 80, AROM ABD: 70、active flex: 80, supra activation: (+)」，無申請理由所稱「術後右關節僵硬，活動角度受限」之相關紀錄佐證，同意健保署意見，不足以支持施行系爭檢查、復健治療之必要性。

二、 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。

三、血液透析

案例一

案情摘要

系爭就醫日與血液透析日為隔日或同一日，病情非突發、非不可預期之變化，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，且血液透析屬定額支付項目，申報系爭「一般門診診察費（00110C）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1083405900 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	<p>一、 相關規定</p> <p>改制前行政院衛生署中央健康保險局 101 年 9 月 7 日健保中字第 1014083114A 號函釋，有關醫療費用申報規定彙編之血液透析醫療費用申報說明一中段：「同一醫師同次醫療服務中，提供保險對象血液透析及開立慢性病用藥之醫療服務者，血液透析與慢性病用藥之醫療服務費用應拆 2 筆申報，茲血液透析屬定額支付項目，故均不得申報門診診察費」。</p> <p>二、 查卷附資料，渠等個案，分述如下：</p> <p>（一）○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0217A」，依病歷紀錄，病人診斷為「Other specified diabetes mellitus with diabetic nephropathy」等，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」及健保署於 108 年 12 月 10 日提供之「門診費用清單、醫令查詢作業」資料顯示，108 年 3 月 19 日系爭就醫日門診診療之前日及次日皆接受血液透析</p>

	<p>(58029C) 治療，病情非突發、非不可預期之變化，依病情記載，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，同意健保署意見，不足以支持另行申報「一般門診診察費(00110C)」之必要性。</p> <p>(二) 其餘個案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0217A」，依病歷紀錄，病人診斷分別略為「Dermatitis, unspecified」、「Secondary parkinsonism, unspecified」、「End stage renal disease」等，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」及健保署於 108 年○月○日提供之「門診費用清單、醫令查詢作業」資料顯示，系爭就醫日與血液透析日為同一日，病情非突發、非不可預期之變化，依病情記載，皆屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，同意健保署意見，不足以支持另行申報「一般門診診察費(00110C)」之必要性。</p> <p>三、 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。</p>
--	---

案例二

案情摘要

血液透析病人，每次脫水量<2.0kg，依行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(二)2.(7)規定，宜減少透析頻率。

衛部爭字第 1103403246 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

	<p>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。】</p>
<p>審定理由</p>	<p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(二)2.(7)： 「血液透析病患洗後 CCr>10 ml/min 且每次 UF<2.0 公斤應先減少透析次數為每週兩次，以觀察病患之 CCr 及腎功能變化，再決定日後之增減。」。</p> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析〈58029C〉」，健保署初、複核意見為「0411A, low creatinine, low inter-dialytic body weight gain, 請評估是否可改成 BIW HD」、「病歷中並無低血壓改進措施，建議 SLED 或 CVVH 較合宜」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「End stage renal disease」，依 110 年 2 月 2 日檢驗報告單記載，Creatinine、eGFR 檢驗值分別為 4.51 mg/dL(參考值為 0.5-1.2 mg/dL)、9.71ml/min/1.73m²(參考值為 90-999 ml/min/1.73m²)，且依 110 年 2 月 2 日至 27 日期間「血液透析紀錄表」顯示，每次脫水量<2.0kg，宜減少透析頻率，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析項目之數量，已足敷治療所需，自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。</p>

案例三

案情摘要

未檢附當月之 BUN、Cr. 檢驗報告，以呈現殘留腎功能及 CCR，申報系爭「血液透析（一次）-門診-一般透析〈58029C〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093402881 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 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、（二）、2、（7）乙、透析案件應檢附下列資料： 「A. 開始透析日期及過去透析時間序列。 B. 病患 BMI data。 C. 殘留腎功能（residual renal function）及 CCR。 D. Albumin 檢驗值。 E. 施行透析必要性之理由（如心、肺疾病、貧血等其他合併症）。」 二、 查卷附資料，健保署初、複核意見為「0415A，無當月 BUN、Cr.」，部分不予給付，申請理由雖略稱：「病人為末期腎疾病患者，自 107 年 8 月起於本院開始洗腎至今，於 108 年 8 月份當時在○○醫院住院，108 年 8 月 20 日才轉回本院進行洗腎，為了避免重複施行檢驗資源浪費，例行的 BUN、Cr. 檢驗於 108 年 9 月起恢復」，惟依病歷紀錄，病人為末期腎疾病患者，未檢附 108 年 8 月份當月之 BUN、Cr. 檢驗報告，以呈現殘留腎功能及 CCR，同意健保署意見，不足以支持施行系爭「血液透析（一次）-門

		診 - 一般透析〈58029C〉」之必要性，自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。
--	--	---

案例四

案情摘要

同時施行腹膜透析與血液透析，未檢附增加腹膜透析量或增長透析液留置時間之相關資料佐證，申報系爭「血液透析（58029C）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103400050 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	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、（二）、5. (2) 腹膜透析及血液透析同時併作原則「乙、原接受腹膜透析之患者，因腹膜功能缺損，致使增加腹膜透析量或增長透析液留置時間，總和 Kt/V 仍 < 1.7 或肌肝酸清除每週無法達到 50 公升/1.73 平方公尺以上體表面積，得併用血液透析者，當月可酌予增加最多 2 次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。」</p> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「血液透析（一次）-門診 - 一般透析（58029C）」，健保署初、複核意見略為「0217A、0218A，完全不符合 PD 併作 HD 原則」、「不符 PD 併作 HD 規定」，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL</p>

		<p>DISEASE」等，申請理由雖略稱：「病人透析不足，經採用 PD combine HD(QW)後，病人主訴及抽血報告都持續改善及穩定，進而減少住院次數及增加體力(回歸社會投入工作)，故合併透析」，惟卷無增加腹膜透析量或增長透析液留置時間之相關資料佐證 PD inadequacy，且依 108 年 7 月 2 日透析護理紀錄顯示，Kt/V:1.95，Weekly CCr(L/weekly):51.38，健保署依前揭規定，不予給付系爭「血液透析(58029C)」，核屬有據，自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。</p>
--	--	---

四、手術項目

案例一

案情摘要

未經健保署事前審查核准即施行系爭「脊椎融合術—前融合 1. 無固定物(1)≤四節(83043B)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405439 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	<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 25 條第 3 項「應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準</p> <p>1. 第 65 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。」。</p> <p>2. 第 66 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請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申請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>3. 第 84 條附件七特殊材料給付規定之分類碼 D112-4 備註欄：「三、需事前審查…」。</p> <p>二、 查卷附資料，分述如下：</p>

- (一) 健保署初、複核意見為「Ec(事前審查項目於核定日前實施，惟不屬緊急事件)，未事前申請核可，相關手術不予給付，1. 病歷記錄：58y/o female，OPD follow up 保守治療無效，脊椎方面病變，顯見此為門診追蹤個案 2. 依脊椎植入物健保規範，非緊急狀況，應事前申請，經審查核准後始可手術，此病人應有時間做事前申請，亦非緊急脊椎損傷 3. 依審查程序(109年)4月28日申請、5月1日即已核可，顯見審查之快速(事前審查規定應予遵守)；故此案仍以未申請核可，逕行手術狀況處置，相關植入物不予給付」、「據病歷紀錄，此病人為門診追蹤病人，且未達緊急手術要件，未依程序行事，故以未申請核可逕行手術狀況處理」。
- (二) 查系爭「PEEK LUMBAR INTERVERTEBRAL CAGE 高分子材料腰椎椎間融合器(側開型，每節椎體置放 1 個)(FBSFAF0001RK)」特材之給付規定分類碼為 D112-4，依前揭規定，屬事前審查項目，需經事前審查核准後方得使用，依保險對象事前審查核定函顯示，系爭特材經健保署事前審查受理日期為 109 年 4 月 28 日，核定同意備查之日期為 109 年 5 月 1 日，惟依申請人醫院檢附保險對象之手術紀錄單顯示，手術日期為 109 年 4 月 28 日，足證本件未經健保署事前審查核准即施行系爭「脊椎融合術—前融合 1. 無固定物(1)≤四節(83043B)」手術，並使用系爭特材(FBSFAF0001RK)，且依病情記載，病人無緊急脊椎手術之適應症，申請理由雖略稱：「申請時應以急件送審卻誤勾選一般件」，惟查前揭事前審查核定函之「緊急傳真日期」欄為空白，則健保署依前揭規定，不予給付，核屬有據；系爭「特殊材料管理費用(MA12345678NH)」併同特材不予給付。
- 三、 綜上，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。

案例二

案情摘要

一年內申報系爭「內痔結紮〈74417C〉」手術項目5次，已超過一年內最多不超過四次之審查原則。

衛部爭字第 1103401521 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 查卷附資料，本件係健保署執行「107年9月至109年8月執行內外痔相關手術異常專案審查」爭議案，本部審定如附表。

附表						
衛部爭字第 1103401521 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 直腸外科	內痔結紮 〈74417C〉	1		1	一、相關規定 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)第一部、壹、二、(三)52.內痔結紮手術(74417C)之審查原則

附表

衛部爭字第 1103401521 號

序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	108/02 03					<p>「(3)一年內(自第1次施行時間起算)最多不超過四次,仍有反覆發作者,應評估是否接受手術切除。」</p> <p>二、健保署審核意見 (一)初核:0411A。 (二)複核:短期內實施相同處置。</p> <p>三、申請理由要旨 健保規定至少相隔十四天,本案相隔十四天才實施第二次。</p> <p>四、查所附資料,依病歷紀錄,病人診斷為「Third degree hemorrhoids」,分述如下: (一)申請理由雖略稱:「健保規定至少相隔十四天」,惟該項「施行內痔結紮手術兩次時間至少應間隔二星期以上」之規定,原列於前開審查注意事項第一部、壹、二、(三)52.(2),業經健保署於106年11月14日以健保審字第1060081152號令修正發布刪除,先予敘明。 (二)復依系爭就醫日108年2月9日病情記載:「Anoscopy: Residual engorged cushions at various sites... Prolapsed piles with bleeding... Rubber ring ligation at 7°</p>

附表						
衛部爭字第 1103401521 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>position」，顯示申請人因病人痔脫出及出血，施行系爭內痔結紮手術，惟依卷附「107年9月至109年8月本分區醫院執行內外痔相關手術異常專案之核減點數」及健保署110年○月○○日提具意見略以：「○○醫院同專案之其他4案，均為同一病人」，顯示申請人於108年度就系爭保險對象執行並申報系爭「內痔結紮〈74417C〉」手術計5次，費用年月各為108年1月、2月、3月、8月及12月，不符前揭「一年內（自第1次施行時間起算）最多不超過四次」之規定，惟究應核減哪一次？經健保署代表於110年○月○日列席本部全民健康保險爭議審議會110年○月份臨時委員會議說明，略以：「本件經該署專家專業審查，綜觀108年度申請人共申報5次，有違前揭一年4次之規定，因1月、2月、3月連續實施系爭手術，依臨床專業判斷過於密集，故核刪密集且非必要的2月那次，給付其餘4次」等語，爰本件健保署依前揭規定，</p>

附表						
衛部爭字第 1103401521 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>不予給付 108 年 2 月系爭項目費用，核屬有據。</p> <p>五、綜上，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。</p>

案例三

案情摘要

施行「高頻熱凝療法(83079B)」項目，卻申報系爭「神經分離術—肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經(83030B)」項目，手術處置項目與申報項目不符。

衛部爭字第 1093404571 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第二部第二章第七節第十項 神經外科																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基 層 院 所</th> <th>地 區 醫 院</th> <th>區 域 醫 院</th> <th>醫 學 中 心</th> <th>支 付 點 數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>83030B</td> <td>神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢， 坐骨神經</td> <td></td> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> <td>9035</td> </tr> <tr> <td>83089B</td> <td>—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經</td> <td></td> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> <td>7868</td> </tr> <tr> <td>83090B</td> <td>—手、足的神經</td> <td></td> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> <td>7422</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	83030B	神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢， 坐骨神經		V	V	V	9035	83089B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		V	V	V	7868	83090B	—手、足的神經		V	V	V
編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數																						
83030B	神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢， 坐骨神經		V	V	V	9035																						
83089B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		V	V	V	7868																						
83090B	—手、足的神經		V	V	V	7422																						
	(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(十二)神經外科審查注意事項 「18.神經分離術(Neurolysis, 83030B、83089B、83090B)：																											

		<p>(1)指周邊神經因受到壓迫或外傷導致沾黏而施行的神經分離減壓手術。</p> <p>(2)手術時間約 2~6 小時，應檢附 NCV/EMG 報告。」。</p> <p>二、查所附資料，本件係健保署執行「神經分離術執行合理性專案審查」爭議案，本部審定如附表。</p>
--	--	---

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 神經外科 107/07 1	神經分離術一肩、 臀關節以上，包括 臂神經叢，坐骨神 經〈83030B〉	1		1	<p>一、健保署審核意見要旨</p> <p>(一)初核:西醫專業審查不予支付理由代碼「0102A」，</p> <ol style="list-style-type: none"> 依紀錄執行 RF 手術治療，病人屬事先申請，每六個月執行 1 次，其他需自費 RF 手術。 本案未事前申請，爰改核 47052B(三叉神經阻斷術，1,320 點)。 申報 83030B 應屬不合宜的適應症。 <p>(二)複核:西醫專業審查不予支付理由代碼「0102A」。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>本院申報 83030B 用於治療三叉神經痛，每次手術均有詳細記錄 physiological monitor(stimulation test)及術中電腦斷層導引針的位置，精準將針導引經</p>

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>蝶骨卵圓孔進入顱內三叉神經節，並避開顱內動脈再以射頻電波燒灼，此技術透過術中導航精準施行，而非三叉神經阻斷術(47052B)可以替代…本項手術為 radiofrequency trigeminal rhizotomy，屬於 neurolysis 的一種，故以神經分離術申報…而 83079B 高頻熱凝療法屬 radiofrequency 技術，無法在影像學上直接看到 ganglion，本院手術為 intraoperative CT with navigation，手術中結合 MRI fusion，故可清楚看到的 trigeminal ganglion，與 83079B 的做法不同，且 83079B 屬於事前審查項目，送審資格需先實施一次影像輔助診斷性阻斷，2 週後未緩解才可施行 RF…若審查仍不同意此項手術以神經分離術申報，懇請同意改核為 83079B 高頻熱凝療法，因原改核項目 47052B</p>

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>三叉神經阻斷術與實際手術方式差異甚大。</p> <p>三、依病歷紀錄，分述如下：</p> <p>(一)病人因 Recurrent left facial pain for 3 months 於 107 年 7 月 4 日至 5 日入住申請人醫院診療，入院診斷為「Recurrent trigeminal neuralgia, left side」。</p> <p>(二)依 107 年 7 月 5 日手術記錄記載：「iCT and navigation. CT-guided radiofrequency trigeminal rhizotomy, left V2,3」，顯示申請人醫院係施行高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation(83079B)，該診療項目與申報不一致。</p> <p>(三)至申請理由雖略稱：「若審查仍不同意此項手術以神經分離術申報，懇請同意改核為 83079B 高頻熱凝療法」，惟查高頻熱</p>

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>凝療法(83079B)項目,屬應事前審查項目,申請人醫院未申請事前審查核准,即逕予執行手術,不符規定。</p> <p>四、綜上,申請人醫院係施行高頻熱凝療法,而非系爭「神經分離術一肩、臀關節以上,包括臂神經叢,坐骨神經(83030B)」,則健保署不予支付系爭手術項目,核屬有據;至申請人申請到場陳述意見一節,本部業已審酌申請人所提申請審議理由及相關證據,認定事實及適用法律已臻明確,爰所請核無必要,併予敘明。</p>
2	○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○	所有如申請書所載 項目			V	<p>一、查所附資料,渠等個案,分述如下:</p> <p>(一)○○○案,系爭項目為「神經分離術一肩、臀關節以上,包括臂神經叢,坐骨神經(83030B)」,健保署初、複核意見為「0102A,依紀錄改核83074C」,改支「面神</p>

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	○○○ ○○ ○○○ 共 5 案 各科					<p>經痙攣—酒精阻斷 (83074C)」，依病歷紀錄，病人因 Severe epigastric pain related to back long time 於 107 年 7 月 4 日至 16 日入住申請人醫院診療，入院診斷為「Chronic pancreatitis with severe epigastric pain, s/p celiac ganglion neurolysis on 2017/08/15 and 2018/02/08…」等，申請理由雖略稱：「病人因胰臟炎，是 intractable pain，藥物無效，給予 celiac ganglionectomy 治療」，惟依 107 年 7 月 12 日手術紀錄記載：「CT-guided percutaneous celiac ganglionectomy…」，惟系爭「神經分離術—肩、臀關節以上，包括</p>

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>臂神經叢，坐骨神經（83030B）」僅限於肩、臀關節相關神經，不適用於內臟神經節，健保署原給付項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>(二)其餘個案，依病情記載，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>二、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。</p>

案例四

案情摘要

申報系爭「神經分離術—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經（83089B）」項目，手術起訖時間未達2小時，核與規定不符。

衛部爭字第1093406344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第二部第二章第七節第十項 神經外科					
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心 支付點數
	83030B	神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經		v	v	v 9035
	83089B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		v	v	v 7868
	83090B	—手、足的神經		v	v	v 7422
	（二） 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、（十二）、18. 「神經分離術(Neurolysis，83030B、83089B、83090B)：					

	<p>(1)指周邊神經因受到壓迫或外傷導致沾黏而施行的神經分離減壓手術。</p> <p>(2)手術時間約 2~6 小時，應檢附 NCV/EMG 報告。」</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「神經分離術執行合理性專案審查」爭議案，健保署初、複核意見為「0415A，手術時間未達 2 小時」、「經檢視病歷未見有 NCV/EMG 之檢查，無法判別腫瘤是否造成神經功能影響」，依病歷紀錄，病人因 A left posterior thigh mass was noted 於 107 年 12 月 2 日至 12 月 7 日入申請人醫院，入院診斷為「suspect lipoma under the left adductus magnus muscle」，依「手術記錄單」記載，手術起訖時間為 107 年 12 月 3 日 9 時 10 分至 10 時 10 分，申報系爭「神經分離術—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經（83089B）」項目，不符前揭規定，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。</p>
--	--

案例五

案情摘要

病歷未檢附麻醉同意書及病灶相關照片，且所記載之「大腸纖維鏡檢查(28017C)」處置項目與申報「經直腸大腸息肉切除術(74207C)」項目不符。

衛部爭字第 1103404342 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) 醫療法第 63 條第 1 項及第 3 項 「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」 「第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」 (二) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 18 條第 1 項第 4 款及第 2 項 「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：四、申報資料填載之完整性及正確性。」 「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，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。」 (三) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 1. 第二部第二章第六節治療處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
49014C	大腸鏡息肉切除術 Colonoscopic polypectomy 註： 1. 包括大腸纖維鏡檢查。 2. 提升兒童加成項目。 3. 限由消化內、外科、大腸直腸外科及兒科消化學專科醫師執行。	v	v	v	v	4172
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy 註： 1. 經由大腸纖維鏡檢查後，依病情需要加做處置，本項目不含鏡檢費用。 2. 提升兒童加成項目。 3. 限由消化內、外科、大腸直腸外科及兒科消化學專科醫師執行。	v	v	v	v	1853
2. 第二部第二章第七節手術						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
74207C	經直腸大腸息肉切除術 Transrectal colonic Polypectomy	v	v	v	v	7605
<p>(四) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項</p> <p>1. 第一部、壹、一、(十二) 「申報手術項目費用時，應檢附手術同意書及麻醉同意書，其內容依中央主管機關規定，未檢附者，不予支付該項費用。」</p> <p>2. 第一部、壹、二、(三) 外科審查注意事項 「61. 經直腸大腸息肉切除術(74207C)審查原則： (106/12/1) (1) 至少有 1 顆息肉大於 1 公分；或其他息肉總和大於 1 公分。」</p>						

(2) 送審時需檢附息肉切除含尺之相片。」

「61. 經直腸大腸息肉切除術(74207C)審查原則：
(109/5/1)

(1) 至少有 1 顆息肉大於 1 公分且為困難型息肉例如扁平型、沒有根蒂息肉。

(2) 若息肉屬簡單型例如有根蒂可活動，以內視鏡(大腸鏡)方式執行息肉切除者，應加強審查。

(3) 送審時需檢附報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項：

甲、切除前病灶整體型態。

乙、切除後傷口。

丙、需檢附息肉切除含尺之相片。」

二、查卷附資料，本件係健保署執行「大腸息肉切除術執行之適當性專案審查」爭議案，渠等 173 案，系爭項目皆為「經直腸大腸息肉切除術(74207C)」，分述如下：

(一)○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0222A」、「依外科醫學會意見，住院麻醉須於 OR 執行之 OP procedure」，改支 49014C，依病歷紀錄，病人診斷為「Third degree hemorrhoids」等，處置項目記載為「大腸纖維鏡檢查(28017C)」，與申報之系爭項目不符，復依系爭手術日 108 年 5 月 13 日「手術記錄」記載：「Colonoscopy… Polypectomy」，顯示為經大腸纖維鏡檢查之息肉切除，且亦未依前揭規定檢附麻醉同意書，自不足以支持申報系爭手術項目之適當性，同意健保署意見，健保署原給付「大腸鏡息肉切除術(49014C)」項目及數量，已足敷診療所需。

(二)○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0222A、0401A」，改支 49014C，依病歷紀錄，病人診斷為「Third degree hemorrhoids」等，處置項目記載為「大腸纖維鏡檢查(28017C)」，與申報之系爭項目不符，復依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭手術項目執行時間為 109 年 5 月 26 日，與卷附「手術記錄」日期(109 年 5 月 29 日)不符，且未檢附息肉切除前病灶整體型態及切除後傷口之照片供核，亦無麻醉同意書附卷可稽，申報系爭項目，不符前揭規定，同意健保署意見，健保署原給付

	<p>「大腸鏡息肉切除術(49014C)」項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>(三)其餘個案，健保署初、複核意見皆略為西醫專業審查不予支付理由代碼「0222A」，改支49014C或49027C，病歷記載之處置項目皆為「大腸纖維鏡檢查(28017C)」，與申報不符，且皆未檢附麻醉同意書供核，又其中部分個案，或申報之手術執行時間與卷附「手術記錄」不符，或未檢附息肉切除前病灶整體型態或切除後傷口之照片供核，已不符前揭規定，且依病情記載、手術記錄及照片，同意健保署意見，健保署原給付「大腸鏡息肉切除術(49014C)」或「大腸息肉切除術(49027C)」項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>三、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。</p> <p>四、另，申請理由雖略稱：「依健保審字第1060036291號公文，可申報74207C」云云，惟申請人申報系爭手術項目不符前揭規定，已如前述，且申請人檢附健保署106年11月9日健保審字第1060036291號函說明有關「經直腸大腸息肉切除術」(74207C)審查原則，業經健保署於109年3月23日以健保審字第1090034829號令修正發布如前揭外科審查注意事項之規定，並自109年5月1日起實施，所稱核有誤解，併予敘明。</p>
--	---

案例六

案情摘要

將屬當次住院範圍之相關費用移轉至急診申報，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403504 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 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則二： 「各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標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，或除病患同意使用符合『全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範』規定之特材外，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。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「門急診費用未併於住診闌尾炎 Tw-DRG 申報專案審查」爭議案，渠等個案，健保署初、複核意見均略為「0599G，經專審結果認為門急診費用未合併在 Tw-DRG 案件申報，則 Tw-DRG 案件整案刪除」，依病歷紀錄，以保險對象○○○○案為例，系爭項目為「單純性腹腔鏡闌尾切除術，無合併症或併發症（Tw-DRGs 碼：16701）」、「腹腔鏡闌尾切除術(74004B)」，病人於 107 年 10 月 26 日因 RLQ pain 至申請人醫院急診就醫，依當日 CT 檢查報告記載：「In conclusion: acute appendicitis」，復於翌日 10 月 27 日入住申請人醫院，

		<p>入院診斷亦為「Acute appendicitis」，有將屬當次住院範圍之相關費用移轉至急診申報之情事，不符前揭規定，同意健保署意見；其餘個案，依病歷紀錄，病人入院診斷均為 Acute appendicitis，依病情記載，同意健保署意見，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。</p>
--	--	--

五、藥品
案例一

案情摘要

病歷無與系爭藥品許可證登載適應症之相關病情記載，申報系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093404722 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藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定(以下簡稱藥品給付規定) 1. 通則七 「本保險處方用藥，需符合主管機關核准藥品許可證登載之適應症…」。 2. 7.1 消化性潰瘍用藥： 「1. 藥品種類： （5）其他消化性潰瘍用藥：misoprostol 及其他未列入之同類藥品，價格與其相當者比照辦理。 2. 使用規定： （3）消化性潰瘍及逆流性食道炎符合洛杉磯食道炎分級表（ The Los Angeles Classification of Esophagitis）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…」。

	<p>(二) 衛生福利部食品藥物管理署核准「CYTOTEC (MISOPROSTOL) 200MCG」藥品許可證登載適應症：「胃及十二指腸潰瘍」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「MISOPROSTOL 使用不符適應症專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目均為「CYTOTEC (MISOPROSTOL) 200MCG (BC20674100)」，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，健保署初、複核意見為「MISOPROSTOL 類藥品使用不符適應症」、「0308A, No GU or DU」，依病歷紀錄，病人因 tarry stool passage，於 109 年 1 月 19 日至 21 日入住申請人醫院接受治療，入院診斷為「Suspected upper gastrointestinal bleeding with anemia」等，申請理由略稱：「患者 Reflux esophagitis LA Gr A，伴有腸胃道出血，此藥物(misoprostol)用於治療逆流性食道炎」，所附胃鏡報告及病情記載雖略為：「Reflux esophagitis LA Gr A」，惟查系爭 Cytotec 藥品為類前列腺素 E1，藉由增加局部血液循環的方式治療 GU 或 DU，病歷無與系爭藥品許可證登載適應症「胃及十二指腸潰瘍」之相關病情記載，同意健保署意見，處方系爭藥品，不符前揭藥品給付規定之通則七。</p> <p>(二) ○○案，健保署初、複核意見為「MISOPROSTOL 類藥品使用不符適應症」、「0308A, No GU or DU」，依病歷紀錄，病人因 epigastric pain and chest pain，於 109 年 1 月 16 日至 29 日入住申請人醫院接受治療，入院診斷為「Hemorrhage anemia, suspect LGI bleeding related, s/p blood transfusion」等，申請理由略稱：「患者 Reflux esophagitis LA Gr A 且有腸胃道出血，此藥物(misoprostol)用於治療逆流性食道炎」，所附胃鏡報告及病情記載雖略為：「Reflux esophagitis LA Gr A」，惟查系爭 Cytotec 藥品為類前列腺素 E1，藉由增加局部血液循環的方式治療 GU 或 DU，病歷無與系爭藥品許可證登載適應症「胃及十二指腸潰瘍」之相關病情記載，同意健保署意見，處方系爭藥品，不符前揭藥品給付規定之通則七。</p> <p>(三) ○○○案，健保署初、複核意見為「MISOPROSTOL 類藥品使用不符適應症」、「0308A, No GU or DU」，依病歷紀</p>
--	--

	<p>錄，病人因 tarry stool passage with dizziness more serious，於 109 年 2 月 22 日至 28 日入住申請人醫院接受治療，入院診斷為「Gastrointestinal bleeding with hemorrhagic anemia」，申請理由略稱：「患者 Reflux esophagitis LA Gr A 且有腸胃道出血，此藥物 (misoprostol) 用於治療逆流性食道炎」，所附胃鏡報告及病情記載雖略為：「Reflux esophagitis LA Gr A」，惟查系爭 Cytotec 藥品為類前列腺素 E1，藉由增加局部血液循環的方式治療 GU 或 DU，病歷無與系爭藥品許可證登載適應症「胃及十二指腸潰瘍」之相關病情記載，同意健保署意見，處方系爭藥品，不符前揭藥品給付規定之通則七。</p> <p>三、 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。</p>
--	--

案例二

案情摘要

申報系爭「SPORANOX CAPSULES 100MG (BC22816100)」項目計 192 顆，已超過 168 顆之限用數量，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403187 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。】

<p>審定理由</p>	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 10.6.3.1. Itraconazole 膠囊劑（如 Sporanox cap）：</p> <p>「限 1. 甲癬病人使用。…足趾甲癬限用 168 顆，需於 17 週內使用完畢。治療結束日起算，並各在 6 及 12 個月內不得重複使用本品或其他同類口服藥品。…6. 每次門診時，應註明使用日期，目前已使用週數及預定停藥日期。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「回溯審查抗微生物製劑不符藥品給付規定專案審查」爭議案，系爭項目為「SPORANOX CAPSULES 100MG (BC22816100)」，健保署複核意見為「依病情不符用藥規定(用量超出)」，部分不予給付，申請理由略稱：「病人為肥胖病患，體重 92Kg 是重度肥胖(125.5cm)，但又 92 歲高齡，根據文獻建議，應 12 小時治療一次，2#bid，目前處方僅使用 2#qd，實際比建議劑量少一半」，依病歷紀錄，病人診斷為「Tinea unguium」等，依系爭就醫日 109 年 3 月 26 日病情僅記載：「No more pain now. Improving」，紀錄簡略，未有治療計畫起訖日期相關紀錄，且案經詢據健保署 110 年 ○月○日提具意見表示，略以：「回溯性審查為 109 年度，個案 109 年申報資料，其在費用年月 109 年 4 月時累計使用 192 顆，超量 168 顆，故核扣 24 顆，470 點」等語，則健保署依前揭規定，不予給付系爭藥品項目，核屬有據，自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。</p> <p>三、 至申請人主張「根據文獻建議，應 12 小時治療一次」云云，惟健保署業於 105 年 10 月 20 日以健保審字第 1050036445 號函知全國各醫學會及公會轉知所屬會員，再次重申全民健康保險醫療費用審查之審查依據為該署公告週知且具一致性之法令規定，申請人所稱「文獻」非屬保險人依法定程序訂定發布之法規命令，尚難執為本案之論據，併予敘明。</p>
-------------	---

案例三

案情摘要

黃斑部中央窩下顯現瀰散性脈絡膜、視網膜退化及疤痕組織，申請使用系爭「Eylea aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for intravitreal injection v (KC00936248)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405513 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 如附表。

附表						
衛部爭字第 1093405513 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 女 眼科	Eylea aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for	4		4	一、 相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目 及支付標準第 83 條附件六藥品給付 規定之 14.9.2. Anti-VEGF 如 aflibercept(Eylea) 「4. 已產生中央窩下(subfoveal)

附表						
衛部爭字第 1093405513 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁	intravitreal injection v (KC00936248)				<p>結痂者不得申請使用。</p> <p>7. 依疾病別另規定如下： (1)50 歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(wAMD)： II. 必須排除下列情況： i. 血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。」。</p> <p>二、 健保署審核意見 (一)初核：central thickness was below 300 um. (二)複核： 1. 109 年 9 月 9 日：The color fundus and OCT reveal scar on macular area. If FAG can proves the neovascularization or leaking on macular area, then repeat IVI should be considered. 2. 109 年 9 月 29 日：The FAG showed only window defect of post pole of macula, no evident dye leaking. The OCT showed thick preretinal fibrotic membrane over macular area. So there is no indication for additional IVI.</p>

附表

衛部爭字第 1093405513 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「H35.32」 (老年性滲出性黃斑退化)。</p> <p>(二) 查所附資料，申請理由雖略稱： 「左眼之 wAMD 導致視力模糊」，惟 依病情記載及 FAG、OCT 影像資料顯 示，病人左眼黃斑部中央窩下顯現 瀰散性脈絡膜、視網膜退化及疤痕 組織，申請使用系爭藥品，不符首 揭規定。</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，原 核定並無不合，應予維持。</p>

案例四

案情摘要

Tagrisso 藥品治療期間，腫瘤增大，病情惡化，不足以支持申請續用系爭「TAGRISSO FILM-COATED TABLETS 80 MG(BC26968100)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103403966 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 如附表。

附表						
衛部爭字第 1103403966 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 女 胸腔內科	TAGRISSO FILM- COATED TABLETS 80 MG 〈BC269681 00〉	90		90	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及 支付標準第 83 條附件六藥品給付規 定之 9.80. Osimertinib(如 Tagrisso)： 「2.(1)III.每次申請事前審查之療 程以三個月為限，每三個月需再次申

附表

衛部爭字第 1103403966 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
續前頁						<p>請，再次申請時需附上治療後相關臨床資料，每次處方以 4 週為限，再次處方時需於病歷記錄治療後相關臨床資料，如每 4 週需追蹤胸部 X 光或電腦斷層等影像檢查，每 8 至 12 週需進行完整療效評估（如胸部 X 光或電腦斷層）。」。</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：RML tumor 3.47cm; 2.4cm on 2021/01/21;有明顯病情惡化之影像學報告。</p> <p>(二) 複核：Larger size(誤植為 sise) of primary(誤植為 ptimary) tumor and new daughter nodule。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>2021/07 及 2021/11 電腦斷層影像，RML tumor 由 3.14cm→3.47cm，增加 10.5%，依據 RECIST guideline 屬於 stable disease。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C3491（右側支氣管或肺惡性腫瘤）」。</p> <p>(二) 本件係續用 TAGRISSO 藥品案件，依健保署於 110 年 11 月 25 日提供申請人醫院申請系爭 Tagrisso 藥品核定情形彙整表顯示，109 年 4 月 17 日、7 月 28 日、11 月 5 日、110 年 2 月 1 日、4 月 26 日經健保署核准</p>

附表						
衛部爭字第 1103403966 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
續前頁						<p>同意備查 Tagrisso 藥品數量各 90 顆，先予敘明。</p> <p>(三) 查卷附資料，依所附「medication」資料顯示，病人自 109 年 5 月 8 日開始處方系爭 Tagrisso 藥品至 110 年 9 月 24 日，申請理由雖略稱：「2021/07 及 2021/11 電腦斷層影像，RML tumor 由 3.14cm→3.47cm，增加 10.5%，屬於 stable disease」，惟依 109 年 5 月 15 日、7 月 23 日、110 年 1 月 26 日、7 月 14 日 CT with/without contrast-chest 報告分別記載：「2.0cm… lesion at junction of RUL and RML」、「2.2cm…lesion at junction of RUL and RML」、「2.4cm solid nodule…at RML」、「2.7 x 2.0cm solid nodule…at RML」，顯示 Tagrisso 藥品治療期間腫瘤並未縮小，爰宜以 109 年 5 月 15 日 CT with/without contrast-chest 之腫瘤測量值(2.0cm)為基準。</p> <p>(四) 復依 109 年 5 月 15 日與 110 年 10 月 14 日 CT 影像資料比較，RML tumor 由 2.0cm 增大為 3.47cm，顯示病人病情惡化，同意健保署意見，不足以支持續用系爭藥品之必</p>

附表

衛部爭字第 1103403966 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					要性。 五、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，原核定並無不合，應予維持。

案例五

案情摘要

檢附「FOUNDATIONONE LIQUID CDx」報告顯示，SPECIMEN TYPE 為 Blood，申請使用系爭「TAGRISSO FILM-COATED TABLETS 80 MG (BC26968100)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403407 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 如附表。

附表							
衛部爭字第 1103403407 號							
序 號	複核受理編號		項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名	性別 科別			撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 女 胸腔外科		TAGRISSO FILM- COATED TABLETS 80 MG	84		84	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定(以下簡稱藥品給付規定)之 9.80. Osimertinib (如 Tagrisso) :

附表

衛部爭字第 1103403407 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
續前頁		(BC269681 00)				<p>「2. 使用注意事項：(1)須經事前審查核准後使用，申請時需檢附：I. 確實患有肺腺癌之病理或細胞檢查報告，及 EGFR 基因突變檢測報告。IV. 需檢附依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準伴隨式診斷編號 30101B 或 30102B 規定之認證實驗室以體外診斷醫療器材檢測 (IVD) 或實驗室自行研發檢測 (LDT) 檢驗之 EGFR 基因檢測結果報告。」</p> <p>二、健保署初、複核意見 liquid biopsy was not accepted。</p> <p>三、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C3411」(上葉之右側支氣管或肺惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 查所附資料，病人診斷為「上葉之支氣管或肺惡性腫瘤」、「骨骼及骨髓之續發性惡性腫瘤」，分述如下：</p> <p>1. 依「全民健康保險抗癌藥品事前審查應檢附之資料內容」之「病歷摘要」欄記載，病人於 108 年 10 月 24 日確診 Lung cancer，同年 11 月 11 日腦部及骨骼轉移，使用 Tarceva 及放射線治療，109 年 2 月 20 日至 110 年 8 月 5 日使用 Tarceva combine</p>

附表						
衛部爭字第 1103403407 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>Atezolizumab 治療。</p> <p>2. 依 110 年 9 月 24 日 brain MRI 報告記載：「Contrast enhancing lesions at Lt cerebellar hemisphere(1.8cm) and Rt fronta Progressive change as comparison with the last MRI on 2021.01.08 is noted」，顯示病情惡化。</p> <p>3. 110 年 8 月 16 日「FOUNDATIONONE LIQUID CDx」雖顯示 SPECIMEN TYPE 為 Blood，且 EGFR T790m 基因突變，惟按行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第二十四項診療項目「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)(30101B)」或「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)(30102B)」註 2(1)所定：「限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤體積百分比」之意旨，已將 liquid biopsy 作為 EGFR 基因檢測之檢驗方式排除，此亦經本部審理另案(衛部爭字第○○○○○○○○○○號)詢</p>

附表

衛部爭字第 1103403407 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>據健保署提具意見表示略以「EGFR 基因突變報告，須為組織切片」等語，爰申請使用系爭藥品，核與前揭「需檢附…30101B 或 30102B 規定之認證實驗室以體外診斷醫療器材檢測 (IVD) 或實驗室自行研發檢測 (LDT) 檢驗之 EGFR 基因檢測結果報告」之規定不符。</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，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例六

案情摘要

疾病已有惡化情形，申請續用系爭「AVASTIN INJECTION〈KC00807219〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093404823 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 如附表。

附表						
衛部爭字第 1093404823 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代 碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 女 神經外科	AVASTIN INJECTION 〈KC00807 219〉	18		18	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目 及支付標準第 83 條附件六藥品給付 規定之 9.37. Bevacizumab(如 Avastin) 2. 惡性神經膠質瘤(WHO 第 4 級)-神

附表

衛部爭字第 1093404823 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代 碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
續前頁						<p>經膠母細胞瘤：</p> <p>「(2)…再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。」。</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：治療後，由 109 年 6 月 23 日 Brain MRI 顯示，tumor 已 progression。</p> <p>(二)複核：治療後，由 109 年 6 月 23 日 Brain MRI 顯示，tumor 已 progression，同意部分用藥，請提早再評估(部分同意備查 18 支，其餘 18 支不予同意備查。))。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病人為 GBM 患者，自術後(109 年 4 月 29 日)開始接受 CCRT 和 Temadal 及 Avastin 治療，最近一次 MRI (109 年 6 月 23 日)顯示 left frontal tumour post operative change, no definite tumor recurrence noted，故建議繼續使用 AVASTIN 治療，10mg/kg x 50kg(體重)(139cm)，1 次/2w，申請 3 個月，共 6 次，每次 6 支，共 36 支。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「C719」（腦惡性腫瘤）。</p>

附表						
衛部爭字第 1093404823 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代 碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>(二)查卷附資料，依 108 年 6 月 23 日 Brain MRI 檢查報告記載： 「Imaging findings: ...A focal nodular enhancement at base of left frontal lobe suspected. Tumour recurrence may be suspected.」，顯示疾病已有惡化情形，同意健保署意見，健保署原核定同意備查系爭藥品之數量，已足敷治療所需。</p> <p>五、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，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例七

案情摘要

病歷 Child- Pugh 分級評估屬 Child- Pugh B，申請使用系爭「OPDIVO (NIVOLUMAB) INJECTION 10MG/ML〈KC01013229〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093401344 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 如附表。

附表						
衛部爭字第 1093401344 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 男 血液腫瘤科	OPDIVO (NIVOLUMAB) INJECTION 10MG/ML	12		12	一、相關規定 (一) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 9.69. 免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑(如 nivolumab 製劑)： 「1. 本類藥品得於藥品許可證登載

附表						
衛部爭字第 1093401344 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
續前頁		〈KC010132 29〉				<p>之適應症及藥品仿單內，單獨使用於下列患者：(8)晚期肝細胞癌：需同時符合下列所有條件：I. Child-Pugh A class 肝細胞癌成人患者。」。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用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。」。</p> <p>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。</p> <p>三、健保署審核意見 初、複核：Albumin 3.3, with ascites, 已非 Child-Pugh A class，不符合健保給付規定。</p> <p>四、申請理由要旨 HCC, s/p TACE(5), with recurrence and portal vein thrombosis, s/p sorafenib(108年9月3日-), disease in progression, clinically nonsignificant</p>

附表

衛部爭字第 1093401344 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由												
				撤 銷	駁 回													
續前頁						<p>ascites and Alb 3.7，為 Child A，申請 nivolumab。</p> <p>五、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「肝細胞癌(C22.0)」。</p> <p>(二) 查所附資料，健保署受理申請人申復日期為 109 年 2 月 10 日，並當日核定，則申請人所附同年 2 月 25 日門診病歷資料，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。</p> <p>(三) 復依原送審病歷資料，依病歷紀錄，病人診斷為「肝細胞癌」，申請理由雖略稱：「... clinically nonsignificant ascites and Alb 3.7，為 Child A」，惟依 109 年 2 月 1 日之檢驗報告及同年 2 月 3 日腹部 MRI 之檢查報告，就病人 Child- Pugh 分級評估項目彙整臚列如下表：</p> <table border="1" data-bbox="820 1648 1419 1969"> <thead> <tr> <th>評估項目</th> <th>評估結果</th> <th>分數(參考標準值)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性腦病變</td> <td>無</td> <td>1(None)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>mild</td> <td>2(mild)</td> </tr> <tr> <td>白蛋白 (g/dL)</td> <td>3.3</td> <td>2(2.8~3.5)</td> </tr> </tbody> </table>	評估項目	評估結果	分數(參考標準值)	肝性腦病變	無	1(None)	腹水	mild	2(mild)	白蛋白 (g/dL)	3.3	2(2.8~3.5)
評估項目	評估結果	分數(參考標準值)																
肝性腦病變	無	1(None)																
腹水	mild	2(mild)																
白蛋白 (g/dL)	3.3	2(2.8~3.5)																

附表								
衛部爭字第 1093401344 號								
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由		
				撤 銷	駁 回			
續前頁						血液凝固時 間延長(INR)	1.06	1(< 1.7)
						總膽紅素 (mg/dL)	1.05	1(< 2)
						<p>(四) 承上表所示，白蛋白檢驗值為 3.3 g/dL、mild ascites，依 Child-Turcotte-Pugh 評分標準，應各計為 2 分，則 Child- Pugh 分數應為 7 分，即係屬 Child- Pugh B，申請使用系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>六、 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，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>七、 另建請申請人倘有新事證，應重新送健保署審核，以維病人權益，併予敘明。</p>		

案例八

案情摘要

病歷無 CT 檢查影像及報告供比較，亦無已使用 platinum 類化學治療之療效評估佐證，申請使用系爭「OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL (KC01013229)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093406270 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 如附表。

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 男 血液腫瘤科	OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL	12		12	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 9.69. 免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑(如 nivolumab 製劑)：

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號		爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)		撤 銷	駁 回	
	續前頁	(KC0101322 9)				<p>「1. (5)頭頸部鱗狀細胞癌：先前已使用過 platinum 類化學治療失敗後，又有疾病惡化的復發或轉移性頭頸部鱗狀細胞癌(不含鼻咽癌)成人患者。」。</p> <p>「2. 使用條件：(7)每次申請以 12 週為限，初次申請時需檢附以下資料：IV. 病人 12 週內之疾病影像檢查及報告(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量(measurable)的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估(evaluable)的病灶亦可採用。備註：上述影像檢查之給付範圍不包括正子造影(PET)。」。</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：</p> <p>請補附近三個月 chest CT and head and neck CT. 無 performance status and NYHA classification 以 i-RECIST 或 mRECIST 標準評定之藥物療效反應(PR、CR、SD)資料、影像檢查及報告(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量(measurable)的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，</p>

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>則可評估(evaluable)的病灶亦可採用。備註：上述影像檢查之給付範圍不包括正子造影(PET)。</p> <p>(二) 複核：</p> <p>1. 109 年 11 月 19 日</p> <p>(1)病歷無 performance status and NYHA classification 記載。</p> <p>(2)CT 報告未採 i-RECIST 或 mRECIST 標準評定之藥物療效反應(PR、CR、SD)資料。</p> <p>2. 109 年 11 月 24 日未附系列影像佐證為縱膈淋巴已轉移(PET-CT 不能做為佐證)。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病患為口腔癌併縱膈腔淋巴轉移，經 cisplatin+5-FU 治療後疾病復發惡化，擬申請 Nivolumab 治療 3 個月 BH：160cm、BW：50kg 50*3mg/kg =150mg(2vial)*6=12vial。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C029」(舌部惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 查所附資料，病人診斷為 Malignant neoplasm of hypopharynx, unspecified 等，自 106 年 8 月起接受 cisplatin + 5-FU 化學治療，109 年 11 月 6 日</p>

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號		爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名	項目名稱 (醫令代碼)		撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>CT of Head and Neck 報告顯示： 「comparison: 2020-10-07 & 2020-07-16 s/p total pharyngo- laryngectomy with flap reconstruction the mediastinal lymph node is still present (Srs2-Img1)some infiltration in right upper lung」，顯示疾 病進展，惟卷無 109 年 7 月及 10 月 CT 檢查影像及報告供比較，亦 無已使用 platinum 類化學治療之 療效評估佐證，申請使用系爭藥 品，不符前揭規定。</p> <p>五、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，原 核定並無不合，應予維持。</p>

案例九

案情摘要

未檢附完整 CIRS 評估紀錄，亦缺乏 recent MI(心肌梗塞)之佐證，申請使用系爭「KEYTRUDA INJECTION (KC01025219)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093402362 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 如附表。

附表						
衛部爭字第 1093402362 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 男 胸腔內科	KEYTRUDA INJECTION (KC010252 19)	8		8	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目 及支付標準第 83 條附件六藥品給付 規定之 9.69. 免疫檢查點 PD-1、PD- L1 抑制劑(如 pembrolizumab 製劑): 「1. 本類藥品得於藥品許可證登載

附表						
衛部爭字第 1093402362 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
續前頁						<p>之適應症及藥品仿單內，單獨使用於下列患者：(2)非小細胞肺癌：I. 無法接受化學治療，且 EGFR/ALK 腫瘤基因為原生型之轉移性非小細胞肺癌成人患者。(倘有 ROS-1 藥物納入給付用於此適應症時，本款即同步限縮用於 ROS-1 腫瘤基因為原生型者。)</p> <p>備註：無法接受化學治療之定義為符合下列條件之一者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CTCAE(the common terminology criteria for adverse events) v4.0 grade\geq2 audiometric hearing loss 2. CTCAE v4.0 grade\geq2 peripheral neuropathy 3. CIRS(the cumulative illness rating scale) score >6」。 <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：無 EGFR/ALK 腫瘤基因檢測之報告。</p> <p>(二) 複核：Please attach evaluation reports for CIRS。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(健保署)未核准(意見)為「please attach CIRS report」，但申請與申覆已經有附 CIRS 報告了。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p>

附表						
衛部爭字第 1093402362 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C3490」(未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 查所附資料,申請理由雖略稱:「已經有附 CIRS 報告」云云,惟病歷僅記載:「CIRS=7(recent MI+lung cancer)」,同意健保署意見,未檢附完整 CIRS 評估紀錄,亦缺乏病人 recent MI(心肌梗塞)之佐證,不足以支持 CIRS score 為 7 分(>6 分),則申請使用系爭藥品,不符前揭「無法接受化學治療,...,無法接受化學治療之定義為符合下列條件之一者: ...3. CIRS(the cumulative illness rating scale) score >6」之規定。</p> <p>五、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,原核定並無不合,應予維持。</p>

案例十

案情摘要

影像資料顯示 tumor size 變大，病情已 PD，申請續用系爭「KEYTRUDA INJECTION〈KC01025219〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405194 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 如附表。

附表							
衛部爭字第 1093405194 號							
序 號	複核受理編號		項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名	性別			科別	撤 銷	
1	○○ ○○○ 女	○○○	KEYTRUDA INJECTION 〈KC010252 19〉	8		8	一、相關規定 (一) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 9.69. 免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑(如 pembrolizumab)

附表						
衛部爭字第 1093405194 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
續前頁						<p>「2.(8)用藥後每 12 週評估一次，以 i-RECIST 或 mRECIST 標準評定反應，依下列原則給付：II. 出現疾病惡化(PD)或出現中、重度或危及生命之藥物不良反應時，應停止使用。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5.：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料……。」</p> <p>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。</p> <p>三、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：所附資料均非此次治療後，無法辨別療效。</p> <p>(二) 複核：LN progression, new bone lesion, suggesting PD。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C4372」(左側下肢〔含腕部〕惡性黑色素</p>

附表						
衛部爭字第 1093405194 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>瘤)。</p> <p>(二) 查所附資料,健保署受理申請人申請申復日期為 109 年 8 月 19 日,核定日期為 109 年 8 月 21 日,卷附 109 年 9 月 17 日之門診病歷紀錄,係屬爭議審議階段始提出之病歷資料,不予認定。</p> <p>(三) 復依原送審資料,病人罹患黑色素細胞癌,申請續用系爭藥品不符前揭規定,分述如下:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依卷附「治療經過摘要與先前治療無效之評估」資料記載,病人 106 年 11 月經病理證實罹患黑色素細胞瘤,109 年 5 月 12 日追蹤胸部及腹部電腦斷層,發現雙側鼠蹊部、骨盆腔及主動脈周邊有數個轉移性淋巴結,申請系爭藥品(Pembrolizumab)經健保署同意,並自 109 年 5 月 20 日使用至 109 年 7 月 23 日,先予敘明。 2. 申請理由略稱:「109 年 5 月 14 日申請通過,5 月 20 日開始使用 Pembrolizumab,使用狀況良好無明顯不適反應。」,惟依 109 年 8 月 16 日之電腦斷層檢查報告記載:「R/O new osteolytic and osteoblastic bone metastasis」,且影像資

附表

衛部爭字第 1093405194 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>料亦顯示 tumor size 變大，確如健保署審核意見所載，病情已 PD，申請續用系爭藥品，有前揭「出現疾病惡化(PD)……，應停止使用。」之情形。</p> <p>五、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，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>六、另建請院所倘有新事證，宜重新送健保署審核，以維病患權益，併予敘明。</p>

六、護理訪視費

案例一

案情摘要

檢附 2 份相同系爭訪視日之「病患健康狀況評估(A表)」，其記載內容不同，且未依醫療法第 68 條規定辦理，不足以支持申報系爭護理訪視費項目之必要性。

衛部爭字第 1103402728 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	<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 1、2 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。 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>(三) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(二)1.： 「病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。」。</p> <p>二、 查卷附資料，渠等 3 案，分述如下： (一) ○○○案，系爭「護理訪視費(次)-資源耗用群第三類</p>

(在合理量內)2. 機構(05350C)」項目，健保署初、複核意見為「0120A, 1. A 表痰液呈現量中性狀濕稠，與補述痰液多量白稠前後不一致。2. 申請胃管及尿管，但在特殊照護項目無鼻胃管項目。3. 鉀離子 3.1 及血壓 98/52 偏低，未見相關護理措施及衛教指導。」、「病歷記載前後不一，闕漏過多」，依「全民健康保險居家照護申請書」顯示，病人診斷代碼為「G20(帕金森氏症)」，依所附 2 份同為系爭訪視日 109 年 12 月 14 日「病患健康狀況評估(A 表)」之營養狀態及水分攝取、特殊照護項目、補述欄位記載內容不同，申請理由雖略稱：「痰液補述登打錯誤，已更正…。鼻胃管漏 key，已補 key…鉀離子抽血結果已更新…。血壓低後續護理措施遺漏登打，已補上…」，惟未依前開醫療法第 68 條規定「…應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日」辦理，同意健保署意見，宜加強訪視紀錄品質，不足以支持系爭護理訪視費之必要性。

(二) ○○○案，系爭「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1. 在宅(05303C)」項目，健保署初、複核意見略為「0114A，個案血壓偏高 160/58 及鉀 2.0 偏低，未見相關護理措施及衛教指導」、「1. 個案血壓高原護理未見相關護理措施及衛教指導，請提供相關資料證明事後補述內容為真。2. 鉀偏低，於 7 月已發覺，且開立藥物治療，但後續應持續注意是否有改善，追蹤是否有藥物過量導致高血鉀的危急情形。」，依「居家醫療整合照護計畫案件申請表」顯示，病人診斷為「失智症，未伴有行為障礙」，依所附 2 份同為系爭訪視日 109 年 12 月 18 日「病患健康狀況評估(A 表)」之補述欄位記載內容不同，申請理由雖略稱：「血壓偏高，記錄已補…7 月份 K+ 偏低時個案住院中，已有做處置，其記錄於 7 月份已有呈現」，惟未依前開醫療法第 68 條規定「…應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日」辦理，且未適時追蹤並評估檢驗異常情形，同意健保署意見，宜加強醫療照護品質，不足以支持系爭護理訪視費之必要性。

(三) ○○○案，系爭「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1. 在宅(05303C)」項目，健保署初、複

核意見略為「0114A，1. 個案血壓 99/57 偏低及血糖 HbA1c 8.1 偏高，未見相關護理措施及衛教指導，營養調配未針對糖尿病飲食做調整。2. 痰液評估前後不一致，補述呈現 Ipratran inhalation (誤植為 pratran inhalaton) Q8h use，但在一般照護無呈現。」、「個案家屬是營養師並不影響團隊應對個案飲食評估與衛教，同時對血壓偏低及血糖控制不佳仍需作後續評估計畫」，依「居家醫療整合照護計畫案件申請表」顯示，病人診斷為「腦梗塞」，依所附 2 份同為系爭訪視日 109 年 12 月 25 日「病患健康狀況評估(A 表)」之心肺功能、一般照護項目、補述欄位記載內容不同，申請理由雖略稱：「血壓、血糖異常，記錄已補述…痰液評估記錄有誤已更正」，惟未依前開醫療法第 68 條規定「…應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日」辦理，同意健保署意見，宜加強訪視紀錄品質，不足以支持系爭護理訪視費之必要性。

- 三、 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。
- 四、 另，建請貴護理所建立清晰、詳實且完整之訪視紀錄，並加強個案評估之正確性及處置之即時性，以確保機構照護品質，並於送審前妥為檢視資料正確、完整性，以維自身權益，併予敘明。

案例二

案情摘要

同月訪視次數未超過 45 次上限，同日執行並申報系爭「甲類護理訪視費(次)-在宅(05314C)」項目，核符系爭診療項目之規定。

衛部爭字第 1093400639 號

審 定	
主文	原核定撤銷，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。
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 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)第五部第三章安寧居家療護

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05314C	<p>一訪視時間一小時以上 (>1 小時)</p> <p>甲類：護理訪視費(次)</p> <p>-在宅</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。 3. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。 	v	v	v	v	2250
<p>二、 健保署初、複核意見為「0714A(屬非必要超次訪視費申報)，同一療程」，部分不予給付。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 病人當日訪視 2 次原因：起初由護理師完成訪視居家照顧，回程後接到病人女兒來電，病人自拔鼻胃管，就聯絡醫師訪視更換鼻胃管及病情討論。</p> <p>(二) 安寧居家申報每周醫師可訪視一次，護理師訪視 2 次。但無限制當天不能訪 2 次，病人同天申報 2 次是因為病人病況變化。</p> <p>四、 查卷附資料，本件係健保署執行「10810 居護專案追扣/C 案：同日執行醫令二筆審查」爭議案，依病歷紀錄，病人診斷為「Stomach cancer」，分述如下：</p>						

<p>(一) 依「○○醫院門診醫療服務點數及醫令清單」及「護理過程紀錄」顯示，就訪視日期、時間、醫令項目、執行醫事人員及訪視紀錄要旨等資料，綜整臚列如下表：</p>				
訪視日期、時間		醫令項目	執行醫事人員	訪視紀錄要旨
108年 10月 4日	14:00	甲類護理訪視費(次)-在宅: 訪視時間1小時以上(>1小時)(05314C)	護理師	護訪62分，病人嗜睡叫可睜眼…指導床上翻身及復健運動，足部護理…觀察生命徵象及意識情況等。
108年 10月 4日	16:00	甲類醫師訪視費用(次)-在宅(05312C)	醫師、 護理師	醫訪+護訪70分鐘，更換鼻胃管16號，病人自拔鼻胃管，醫師協助重放…指導案女胸腔護理拍背技巧…觀察病人意識變化及生命徵象等。
		甲類護理訪視費(次)-在宅: 訪視時間1小時以上(>1小時)(05314C) (系爭)		
<p>(二) 承上表所示，108年10月4日計有2次訪視，第1次訪視時間為14:00，訪視醫事人員為護理師，訪視內容為指導床上翻身、復健運動、足部護理、觀察生命徵象及意識情況等護理照護事項；嗣於16:00進行系爭之第2次訪視，訪視醫事人員為醫師及護理師，訪視內容為病人自拔鼻胃管，醫師協助重放鼻胃管及護理師指導案女胸腔護理、拍背技巧與觀察病人意識變化及生命徵象等護理照護事項，足見系爭第2次訪視係因應病人自拔鼻胃管所執行，其中之護理訪視內容亦與第1次不同，且經健保署於109年5月27日提具意見表示：「該案108年10月訪視次數未超過45次，108年10月1日至同年月18日申報05314C日期分別為10月4日同日2次、10月8日1次、10月16日1次」等語在卷，則申請人申報系爭第2次「甲類護理訪視費(次)-在宅(05314C)」項目，核符前揭支付標準註：「1. 護理人員訪視次數每一個案每週</p>				

		以二次為原則…。2. 每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。」之規定。 五、 綜上，所請系爭「甲類護理訪視費(次)-在宅：訪視時間一小時以上 (>1 小時)(05314C)」項目計 1 次之費用，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。
--	--	---

七、部分負擔

案例一

案情摘要

系爭就醫日之相關診斷、主訴及處置，非屬重大傷病之相關治療，申報系爭「部分負擔」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405654 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 行為時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：「保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「108Q1-Q2 門診部分負擔申報適當性專案審查」爭議案，系爭項目皆為「部分負擔」，渠等個案，分述如下：

	<p>(一) ○○○案，健保署初、複核意見為「就醫原因與重大傷病無關」，申請理由略稱：「病人因情緒及失眠問題，故處方二項藥物」，依系爭就醫日 108 年 1 月 3 日病歷紀錄，病人診斷為「Dysthymic disorder」，依健保署 109 年 ○○月○○日提供之重大傷病證明資料顯示，系爭就醫日有效之重大傷病名稱為「ICD-9-CM：0451(急性脊髓灰白質炎之後遺症)」，依病情記載：「mentally the same sleep...acceptable with medication」，同意健保署意見，本次就醫之相關診斷、主訴及處置，非屬「急性脊髓灰白質炎之後遺症」重大傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭就醫日門診部分負擔費用，核屬有據。</p> <p>(二) ○○○案，健保署初、複核意見為「診療與癌症無關」、「無與 GIST 直接相關」，依系爭就醫日 108 年 2 月 14 日病歷紀錄，病人診斷為「Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris」等，依健保署 109 年○○月○○日提供之重大傷病證明資料顯示，系爭就醫日有效之重大傷病證明為「C494(腹[部]結締及軟組織之惡性腫瘤)」，申請理由雖略稱：「患者因患 GIST 而接受開刀、治療，PAF 也是以上的疾病、手術後導致之結果」，惟病歷紀錄簡略，無詳實的主訴和身體診察，且本次就醫之相關診斷、主訴及處置，亦非屬「C494(腹[部]結締及軟組織之惡性腫瘤)」重大傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭就醫日門診部分負擔費用，核屬有據。</p> <p>(三) 其餘個案，或同意健保署意見；或系爭就醫日之相關診斷、主訴及處置，非屬重大傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭就醫日門診部分負擔費用，核屬有據。</p> <p>三、 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。</p>
--	---

貳、牙醫

案例一

案情摘要

病歷記載內容，不符全民健保牙醫門診總額臨床治療指引柒、口腔顎面外科系爭診療項目「硬式咬合板治療（92053B）」之適應症。

衛部爭字第 1103402866 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第三部牙醫通則二：「牙科治療項目應依循『牙醫門診總額支付制度臨床治療指引』施行。」 （二）全民健保牙醫門診總額臨床治療指引柒、口腔顎面外科診療項目「硬式咬合板治療（92053B）」之適應症： 「顫顎關節障礙顫顎關節盤內混亂（internal derangement）肌肉筋膜疼痛及功能障礙症候群（myofacial pain and dysfunction syndrome）」。 二、 查卷附資料，系爭項目為「硬式咬合板治療（92053B）」，健保署初、複核意見略為「0102D，病歷記載內容與申報不符。92053B 咬合板治療 Occlusal bite splint 適應症顫顎關節障礙、顫顎關節盤內混亂（internal derangement）、肌肉筋膜疼痛及功能障礙症候群（myofacial pain and dysfunction syndrome），病歷記載 Bruxism 並不符其適應症，與申報不符」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder,

		<p>unspecified」，申請理由雖略稱：「病人因磨牙致肌肉關節不舒服、牙齒酸軟，已出現症狀，一切皆按標準製作 Michigan bite splint，病人症狀也確實消失，惟病歷記載不夠詳實」，依系爭就醫日 109 年 10 月 30 日病情記載：「PE & others: Imp: Bruxism」，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>三、綜上，自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。</p>
--	--	--

案例二

案情摘要

申報系爭「乳牙根管治療(90016C)」項目，根管充填未達根尖二分之一，且上端處仍未見充填之管壁，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402443 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	<p>一、相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、肆、根管治療：</p> <p>「三、乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後 X 光片。根管充填須達根尖二分之一，並以可吸收之材料充填，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報</p>

<p>90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以 90016C 申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上（殘存牙根長度在 3mm 以內者），不得申報乳牙根管治療。」。</p> <p>(二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引 捌、兒童牙科篇</p>	
90016C	乳牙根管治療
適應症 Indications	牙髓炎 牙髓壞死 根尖膿瘍 根尖周圍炎
診斷 Diagnostic Study	病史理學檢查 牙髓活性檢查 X 光檢查（必要時）
處置 Management	根管長度測量 根管清潔修形 根管封填(可吸收之充填材料) (至少需檢附術後 X 光片審核；根管完成充填單一根管開口到根尖，以超過二分之一才給付。)
完成狀態 Finishing Status	無症狀。 無膿腫、瘻管。
<p>二、查卷附資料，系爭項目為「乳牙根管治療(90016C)」，申報治療牙位為#52，健保署初、複核意見為「0309D，rcf 沒有到底，且封填料疏鬆」、「根管治療經詳細判讀所檢附 X 光片及病歷記載不符合醫療品質之訴求」，申請理由雖略稱：「依申報規定已大於 1/2，且上端封填品質尚可」，惟依系爭就醫日 110 年 1 月 22 日病歷紀錄及所附 X 光影像顯示，根管充填未達根尖二分之一，且上端處仍未見充填之管壁，同意健保署意見，施行並申報系爭根管治療項目，不符前揭規定，自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。</p>	

案例三

案情摘要

病歷未有同牙位再次接受複合樹脂充填之具體原因說明，且無詳載補牙部位窩洞位置或所使用補牙材質，同病人、同牙位於牙體復形保固期內，申報系爭「複合樹脂充填(89005C)、(89009C)、(89010C)、(89015C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402723 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)第三部第三章第一節診療項目「前牙複合樹脂充填-雙面(89005C)」、「後牙複合樹脂充填-單面(89008C)、雙面(89009C)」、「前牙三面複合樹脂充填(89012C)」註：「1. 同顆牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C)費用，以同一院所為限。」。 (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)第三部、參、一、牙體復形(O.D.)：「除牙位外，應詳載補牙部位窩洞位置及所使用材質。」。 二、查卷附資料，本件係健保署執行「牙體復形保固期內跨院所重複申報專案審查」爭議案，依卷附「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」、「108 年牙體復形保固期內跨院所重複申報(同病患、同醫師、同牙位)追扣明細表」及病歷紀錄，茲就系爭保險對象姓名、流水號、系爭項目、就醫日期、申報治療牙位

及健保署初、複核意見，綜整臚列如下表：

保險對象姓名 (流水號)	前次				系爭				健保署初、複核意見要旨
	醫院名稱	項目名稱 (代碼)	就醫日期	治療牙位	醫院名稱	項目名稱 (代碼)	就醫日期	治療牙位	
○○○	○○○醫院	後牙複合樹脂充填-雙面 (89009C)	107年12月25日	#45	○○○醫院	後牙複合樹脂充填-單面 (89008C)	108年9月26日	#45	0207D，不符合支付標準表醫療項目備註欄之規定，本案為同醫師同病人跨院所於保固期內重複申報OD填補，故核刪改以92066C給付。
○○○		後牙複合樹脂充填-雙面 (89009C)	108年8月2日	#65		後牙複合樹脂充填-單面 (89008C)	108年10月4日	#65	
○○○		前牙複合樹脂充填-雙面 (89005C)	107年4月24日	#23		前牙三面複合樹脂充填 (89012C)	108年10月11日	#23	
○○○		前牙複合樹脂充填-雙面 (89005C)	108年6月3日	#11 #12		前牙複合樹脂充填-雙面 (89005C)	108年12月3日	#11 #12	
○○○	後牙複合樹脂充填	108年1月	#14	後牙複合樹脂充填	108年11月	#14			

(○ ○)	-雙面 (89009C)	7 日		-雙面 (89009C)	4 日	
○○ ○ (○ ○)	後牙雙鄰 接面複合 樹脂充填 (89015C)	108 年 6 月 12 日	#54	後牙複合 樹脂充填 -雙面 (89009C)	108 年 12 月 10 日	#54
○○ ○ (○ ○)	後牙複合 樹脂充填 -三面 (89010C)	108 年 6 月 12 日	#64	後牙複合 樹脂充填 -雙面 (89009C)	108 年 12 月 13 日	#64

三、承上表所示，渠等 7 案，均為同病人、同醫師、同牙位分別於 ○○醫院、○○醫院施行並申報複合樹脂充填後，在「一年半」時間內，於申請人醫院再次申報系爭複合樹脂充填項目，惟病歷記載簡略，未有同牙位再次接受複合樹脂充填之具體原因說明，且無詳載補牙部位窩洞位置或所使用補牙材質，不足以支持系爭項目之必要性，自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。

四、至申請理由雖略稱：「自 108 年 9 月 1 日起，支付標準修正給付規定為同顆牙申報複合樹脂充填…以同一院所為限。經查，病人於『本院』執行複合樹脂充填，一年半內僅申報一次，符合支付標準『以同一院所為限』之規定。」，惟經健保署於 110 年 ○月○○日提具意見表示，略以：「乳牙 1 年、恆牙 1 年半內（俗稱保固期）不得重複申報之立意，是著眼於牙醫師施作補牙的醫療品質…本署執行之核扣專案皆僅限同醫師、同病患、同牙位之再填補，不得再申報充填費用，原因為同一醫師跨 2 家以上牙醫診所支援比率甚高…雖於不同院所再填補，其處置應符合支付標準表之精神…同一醫師跨院仍應負保固之責，基於『品質管理』角度執行此專案。」，申請人所稱尚難執為本案之論據，併予敘明。

案例四

案情摘要

申報牙周病統合治療，其療程間隔已逾 180 天，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403199 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	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第五章牙周病統合治療方案通則三、支付規範(六)前段： 「本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天」。</p> <p>二、 查卷附資料，系爭「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」項目，申報治療部位為 FM，健保署初、複核意見為程序審查不予支付理由代碼「C65(限併同申報支付標準代碼無資料)」、「現有規定仍為 180 天，除非因為疫情而更改規定」，依病歷紀錄，病人診斷為「CHRONIC PERIODONTITIS, GENERALIZED」等，於 109 年 3 月 25 日執行並申報「牙周病統合治療第一階段支付(91021C)」及「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」，之後於系爭 110 年 3 月 26 日執行並申報系爭項目，其療程間隔已逾 180 天，不符前揭規定，同意健保署意見，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。</p> <p>三、 至申請理由雖略稱：「因為 2020/3 月『新冠肺炎疫情』病人取消約診，會超過 180 天是因為疫情關係」云云，惟查卷附病歷資料顯示，病人於 109 年 3 月 25 日至系爭 110</p>

		<p>年 3 月 26 日期間，有多次至申請人醫院義齒補綴科、齒內治療科及口腔外科就診之門診紀錄，並非新冠肺炎疫情嚴峻導致不得在特約院所接受醫療服務，且牙周病統合治療三階段療程最長為一百八十天，為行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第五章牙周病統合治療方案通則三、支付規範(六)前段所明定，該規定未因新冠肺炎疫情而有所變更，所稱尚難執為本案之論據，併予敘明。</p>
--	--	--

案例五

案情摘要

病歷未有申報「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」相關紀錄，未附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄供核，申報系爭「牙周病支持性治療(91018C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402134 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 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)第三部第三章第三節診療項目「牙周病支持性治療(91018C)」註：

	<p>「1. 限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段 91023C 患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段 91022C 間隔九十天。2. 申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上）。」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「牙周病支持性治療(91018C)申報不符支付標準專案審查」爭議案，系爭項目皆為「牙周病支持性治療(91018C)」，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一)○○○1 人 3 案，健保署初、複核意見為「未附 99 年/1 年內之牙統 charting 表、PI 表等資料」，依病歷所附之「牙周檢查表(牙周病科)」、「牙周病檢查記錄表」、「牙菌斑控制記錄表」日期為 109 年 2 月 15 日，已於系爭就醫日 108 年 3 月 2 日、6 月 15 日、10 月 19 日之後，施行並申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(二)○○○1 人 3 案，健保署初、複核意見為「未附術前 PI 表格(只附術後)」，系爭就醫日 108 年 5 月 11 日、8 月 24 日、12 月 7 日病情雖記載：「0：…4. ACCORDING TO CHARTING DATA(IN 1 YEAR)≥1 TOOTH POCKET≥5mm」，惟所附「牙菌斑指數檢查表(牙周病科)」僅記錄治療後情形，未有治療前牙菌斑控制之相關記載，另經健保署 110 年○月○日提供申請人民國 99 年至 110 年間申報系爭保險對象牙周統合相關資料顯示，僅申報診療項目「牙周病統合治療第一階段支付(91021C)」、「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」，未申報「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」，施行並申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(三)○○○案，健保署初、複核意見為「未附 1 年內之 charting 表及 PI record」，依病歷所附「牙周檢查表(牙周病科)」日期為 107 年 8 月 18 日，距系爭就醫日 108 年 10 月 19 日已逾一年以上，且「牙菌斑控制記錄表」僅有治療後 108 年 3 月 16 日紀錄，施行並申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(四)其餘 3 人 15 案，經健保署 110 年○月○日提供申請人民國 99 年至 110 年間申報系爭保險對象牙周統合相關資料顯示，僅申報診療項目「牙周病統合治療第一階段支付(91021C)」、「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」，</p>
--	--

		<p>均未申報「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」，亦有申請人自陳：「因健保碼 P4003C 更改為 91023C，院內系統漏申報 91023C-牙周病統合治療第三階段支付」等語可稽，施行並申報系爭項目，不符前揭支付標準診療項目「牙周病支持性治療(91018C)」註之規定。</p> <p>三、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。</p>
--	--	--

案例六

案情摘要

病歷無全身性疾病之相關紀錄，申報系爭「複雜性拔牙(92014C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403056 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	<p>一、查卷附資料，渠等 2 案，分述如下：</p> <p>(一)○○○案</p> <p>1. 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下支付標準)第三部第三章第四節診療項目「複雜性拔牙(92014C)」註：「二、全身性疾病患者或</p>

六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。全身性疾病包含：

1. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象。
 2. 心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。
 3. 服用抗凝血劑療程中。
 4. 洗腎病人。
 5. 張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。
 6. 曾經接受器官移植病人。
 7. 凝血障礙或白血球障礙病人。
 8. 經診斷有糖尿病或高血壓患者。
 9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。
 10. 愛滋病。
 11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。
 12. 肝硬化及癌症患者。」。
2. 系爭項目為「複雜性拔牙(92014C)」，申報治療牙位為#24，健保署初、複核意見略為「0207D，病歷上未書寫符合支付標準表之情況」，改支 92013C，依病歷紀錄，病人民國 64 年生，診斷為「慢性根尖牙周組織炎」，申請理由雖略稱：「#25 複雜性拔牙係屬根管治療後拔牙，應符合支付標準表之情況」，惟病人未滿 65 歲，且牙位非第三大白齒，系爭就醫日 110 年 3 月 6 日病情僅記載：「Complicated extraction of #25 under local anesthesia…」，無全身性疾病之相關紀錄，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。

(二)○○○案

1. 相關規定

行為時支付標準第三部第一章第二節診療項目「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察(00315C)」註：

「4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。」。

2. 查卷附資料，系爭項目為「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察〈00315C〉」，健保署初、複核意見略為「0207D，病歷未書寫 pano 之發現(缺牙、牙冠及阻生齒)」、「申覆病歷與原審病歷(誤

	<p>植為例) 一樣, 並無任何紀錄」, 改支 00305C, 依病歷紀錄, 病人診斷為「慢性牙周炎」, 申請理由雖略稱: 「病人環口全景初診診察, 已完成病歷上 pano 之發現和初診診察內容的書寫, 於電子病歷完成更正並提出申覆」, 經健保署 110 年○○月○日補充意見表示, 略以: 「爭審病歷與申復時檢送的資料一樣, 但與送核時有差異」, 惟病歷增刪修正未於送審前完成, 同意健保署意見, 健保署原給付「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費 1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤20)一處方交付特約藥局調劑〈00305C〉」項目及數量, 已足敷診療所需。</p> <p>二、 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。</p> <p>三、 另請貴診所依醫療法第 67 條規定, 建立清晰、詳實、完整之病歷, 並於送審前妥為檢視資料之正確性, 避免事後修改, 以維護自身權益, 併予敘明。</p>
--	---

案例七

案情摘要

系爭牙位之骨覆蓋未達牙冠 2/3 以上，申報系爭「複雜齒切除術(92016C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405147 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第三部第三章第四節診療項目「複雜齒切除術(92016C)」註： 「1. 依臨床治療指引相關條文申報。」。 (二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引 「柒、…複雜性齒切除術(92016C)之適應症：Pell & Gregory class IIA, IIB, IIIA, IIIB、水平阻生齒、骨性埋伏齒、骨覆蓋牙冠 2/3 或以上。玖、…複雜齒切除術(申報 92016C)：…六、Crown portion bony embedded more than 2/3(Fig.E-1~E-5)牙冠部份超過三分之二被骨質包埋者。」。 二、 查所附資料，系爭項目為「複雜齒切除術(92016C)」，申報治療牙位為#18，健保署初、複核意見略為「0207D，不符 92016C 註 1」，改以「單純齒切除術(92015C)」項目給付，依所附 panoramic X 光影像顯示，系爭牙位#18 之骨覆蓋未達牙冠 2/3 以上，不符前揭規定，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。

參、中醫
 案例一

案情摘要

病人主診斷非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，申報系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403567 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 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)第四部中醫 (一) 第五章傷科治療診療項目「複雜性傷科治療(B55、B56)」註： 「1、申報與審查方式依附表 4.5.1 規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表 4.5.2。」 (二) 附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則： 「一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。 二、費用申報與審查相關規定：4. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。」 二、 查卷附資料，○○○1 人 2 案，系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，健保署初、複核意見略為「C60(複雜性針灸或傷科治療國際疾病分類碼申報不符)」、「病歷為堆疊式記載，主訴與病史與診斷無一致性，且紀錄無充分資料，無法看出複雜性傷科處置之必要」，依病歷紀錄，病人主

	<p>診斷為「S066X5A TRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGE WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS GREATER THAN 24 HOURS WITH RETURN TO PRE-EXISTING CONSCIOUS LEVEL, INITIAL ENCOUNTER」，非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，亦有申請人自承：「門診因輸入時誤植」等語可稽，同意健保署意見，健保署按前揭規定不予給付系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核屬有據。</p> <p>三、 綜上，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。</p>
--	--

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：

	<p>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。」</p> <p>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。」</p> <p>(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」。</p> <p>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。</p> <p>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：</p> <p>(一) 健保署審核意見</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)。 <p>(二) 申請理由要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
--	--

	<p>(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。</p> <p>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。</p>
--	---

案例三

案情摘要

病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整；或病情記載簡略，未能辯證論治；或不同療程之病情記載雷同，每一療程未有療效評估，不足以支持系爭「一般門診診察費(A01、A03、A05)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103403275 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。】

<p>審定理由</p>	<p>一、查卷附資料，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，系爭項目為「一般門診診察費(A01)」、「每日藥費(A21)」，健保署初、複核意見略為「0181C，按診斷為“N959 停經及停經前後之疾患，但於1/19之病歷記載，均未提及月經狀況(即大概何時開始有停經與更年期症狀，或者是月經斷續之狀態)，無法支持診斷。另病歷堆疊，建議改善；因不符慢性診斷，核刪部分藥費」，A21 部分不予給付，A01 不予給付，依系爭就醫日110年1月19日病歷紀錄，病人診斷為「停經及停經前後之疾患，未特定」，申請理由雖略稱：「檢驗發現其FSH：28、E2：15，符合停經前後之荷爾蒙狀態」，惟病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二)○○○1人2案，分述如下：</p> <p>1. 相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條第1項第4款、第2項</p> <p>「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進程序審查：四、申報資料填載之完整性及正確性。」。</p> <p>「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，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。」。</p> <p>2. 系爭項目為「一般門診診察費(A01、A05)」，健保署初、複核意見均略為「0115C、0201C，病歷記載內容與醫令或申報不符，申報醫令有“N946 痛經症”，在病歷記錄病名及內容記載，未見與申報病名有關之症狀及病情，依據病歷記載及病況，不足以支持本項療程」、「申報醫令之第一診斷病名為“N946 痛經症”，但病歷內容未記載與申報病名痛經症有關之症狀及病情」，申請理由雖略稱：「03/10、03/24 就診時，是以腸胃不適(ICD-10：K31.89)為主訴；而痛經症狀是110年04月後為處理主軸」，惟依系爭就醫日110年3月10日、24日病歷紀錄，病人診斷均為「未明示之胃功能性障礙」，與卷附「特約醫事服務機構門診醫</p>
-------------	---

	<p>療服務點數及醫令清單」顯示之申報傷病名稱為「痛經症，未特定」，二者不符，且病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(三)其餘個案，系爭項目為「一般門診診察費(A01、A03)」，健保署初、複核意見為中醫專業審查不予支付理由代碼「0108C、0181C、0115C、0191C、0201C」，依病歷紀錄，或病情記載簡略，未能辯證論治；或不同療程之病情記載雷同，每一療程未有療效評估；或病歷記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>二、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。</p>
--	--

案例四

案情摘要

相同診斷多次就醫，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不宜分開申報，不足以支持系爭「一般門診診察費(A82)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103402925 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) 全民健康保險醫療辦法第 8 條第 3 項第 3 款 「自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程者：…中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定之診療項目。」。 (二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「五、針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，主治醫師應親自執行並得視保險對象病情需要，同一療程取一次卡號，最多可酌予治療六次並僅申報一次診察費。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「針傷療程 30 日內未滿六次，以同診斷開立新療程並申請診療費專案審查」爭議案，渠等 5 案，系爭項目均為「一般門診診察費(A82)」，健保署初、複核意見皆略為「針傷療程 30 日內未滿六次，又以同診斷開立新療程並申請診療費，與申報規定不符」、「針灸療程卡號應有自動檢視作用，以免卡號弄不清楚」，分述如下：

	<p>(一) ○○○案，申請理由略稱：「7/15、7/19、7/22、7/26、7/29 同一療程，因系統讀取卡號異常溢報」，依 108 年 7 月 15 日(系爭)、19 日、22 日、26 日、29 日病歷紀錄，病人診斷皆為「乾燥症候群」、「肌炎」，依病情記載，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不宜分開申報診察費，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二) ○○○案，申請理由略稱：「6/21、7/5、7/15、7/19 同一療程，因系統讀取異常造成溢報」，依 108 年 6 月 21 日、7 月 5 日、15 日、19 日(系爭)病歷紀錄，病人診斷皆為「肌炎」，姑不論系爭就醫日 108 年 7 月 19 日之「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，健保卡就醫序號 0021，與病歷所載卡號 0018 不一致，且依病情記載，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，應屬同一療程，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(三) 其餘 3 案，○案、○○案，依病歷紀錄，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，且每一療程未有療效評估，四診不完整；○案，不同療程之病歷記載雷同，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>三、 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。</p>
--	---

案例五

案情摘要

病人診斷非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，申報系爭「每日藥費（A21）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405967 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 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「二、一般案件給藥天數不得超過七日，惟屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病者，得視保險對象醫療需要，一次最高給予三十日內之用藥量。」。 二、 查卷附資料，渠等 3 案，系爭項目皆為「每日藥費（A21）」，分述如下： （一）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 7 日，依病歷紀錄，病人診斷為「頭暈及目眩」等，系爭就醫日 109 年 7 月 1 日開立 14 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費（A21）」7 日，核屬有據。 （二）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷：瘡瘡、毛囊疾患非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 10

	<p>日，依病歷紀錄，病人診斷為「瘰癧」等，系爭就醫日 109 年 7 月 22 日開立 17 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費 (A21)」7 日，核屬有據。</p> <p>(三) ○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 7 日，依病歷紀錄，病人診斷為「胃及十二指腸其他的疾病」等，系爭就醫日 109 年 7 月 23 日開立 14 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費 (A21)」7 日，核屬有據。</p> <p>三、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。</p>
--	---

案例六

案情摘要

病歷無病史、完整四診、身體診察等相關紀錄，申報系爭「初診門診診察費加計〈A90〉」項目，不符「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案四、（一）之規定。

衛部爭字第 1103400902 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 「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案 「四、執行方式：（一）申請本方案之特約中醫醫療院所填寫初診病歷規範：本方案乃針對提升初診病患之診療品質所訂，病歷內容需包括以下各項記錄：1. 初診日期。2. 本次看診主訴。3. 現病史。4. 過去病史。如：糖尿病、高血壓…。5. 個人史。包括：飲食習慣、過敏史、煙酒習慣。6. 家族病史。7. 完整望、聞、問、切中醫四診紀錄。8. 相關實驗室檢驗數據。9. 相關理學檢查。10. 自我照護指導。11. 飲食宜忌衛教。」 二、 查卷附資料，系爭項目為「初診門診診察費加計〈A90〉」，健保署初、複核意見為中醫專業審查不予支付理由代碼「0102C、0109C、0181C、0191C」，依系爭就醫日 109 年 10 月 27 日病歷紀錄，病人診斷為「停經及停經前後之疾患」等，病情無病史、完整四診、身體診察等相關紀錄，

		申報系爭項目不符前揭規定，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，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。
--	--	---