

## 第二篇

# 醫療費用爭議案件 常見代表性案例



◆ 西醫

◆ 牙醫

◆ 中醫

## 第二篇 醫療費用爭議案件常見代表性案例

## 壹、西醫

## 一、檢查檢驗

## 案例一

案情摘要

系爭項目為「睡眠多項生理檢查(17008B)」，依卷附資料，檢查時間未達6小時，且檢查報告未完整，核與規定不符。

衛部爭字第1103403515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	<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> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(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診療項目「睡眠多項生理檢查(17008B)」註2： 「適應症如下： (1)睡眠呼吸障礙、猝睡症、睡眠行為異常、parasomnia 癲癇引起的睡眠中斷、神經肌肉疾病侷限性胸廓異常合併睡眠問題。 (2)不得做慢性肺部疾病例行診斷。 (3)『困難處理失眠症』之鑑別診斷。」</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)第一部、壹、二、(二)、5.(33)睡眠多項生理檢查之審查原則： 「甲、Total recording time，6小時(MSLT除外)。 乙、睡眠多項生理檢查，應依病情需要慎選個案，並需檢附醫師及技術人員判讀簽名之報告。對檢查頻率及檢查結果為正常過多之醫療院所加強審查。 丙、報告內容應包含 total recording time、total sleep time、sleep efficiency、sleep onset latency、REM latency、sleep stages histogram、apnea-hypopnea index(AHI)(或 respiratory disturbance index, RDI), periodic leg movement (及 index), arousal (及 index)」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「睡眠多項生理檢查(17008B)檢查時間過短專案審查」爭議案，分述如下：</p>

		<p>(一) 健保署審核意見</p> <p>1. 初核：1. 不符合健保 PSG 規範(total recording time 6 小時)之規定。2. 不同意以 EEG(20002C)申報，因適應症不同，且檢查內容也不同。</p> <p>2. 複核：白天施作 PSG 不符睡眠生理與診斷品質，經檢視申復案件均未依 PSG 標準施作，且白天令病人刻意入睡會造成病人睡眠障礙，有違醫學倫理，故不予補付，改核亦不予許可。</p> <p>(二) 依卷附資料，○○○等 90 案，均系爭「睡眠多項生理檢查 (17008B)」項目，以○○○案為例，依病歷紀錄，病人診斷為「REM sleep behavior disorder」，申請理由雖略稱：「檢查時間過短為考量病人實際配合度取捨結果，睡眠腦波所規範之內容仍完整進行，應考量實際檢查完程度給予部分給付，故建議審查委員可考慮至少以 EEG 項目申報給付，而非完全不予給付。」，惟查 108 年 7 月 10 日「腦波檢查報告」記載：「throughout the 120 minutes recording」，顯示檢查時間未達 6 小時，且該報告未完整包含前揭審查注意事項規定之內容，亦與 EEG 之適應症及檢查內容不同，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據；其餘個案，亦類此情形，經核亦無不妥。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請「睡眠多項生理檢查 (17008B)」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

系爭項目為「視網膜裂孔位置測定(23809C)」，依卷附資料，施行並申報左、右眼系爭項目各1次，核與規定不符。

衛部爭字第1113401559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	<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> <p>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</p>

	<p>器官之檢查。」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「門診同病人同日申報相同檢驗檢查專案審查」爭議案，系爭項目為「視網膜裂孔位置測定(23809C)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人醫院於系爭就醫日 109 年 11 月 11 日申報系爭「視網膜裂孔位置測定(23809C)」項目 2 次，健保署初、複核意見略為「1. 審查注意事項(九)5(4)：23809C 網膜裂孔定位限於手術前實行，若有破洞或視網膜剝離但沒有手術，只可申報間接眼底檢查和裂隙燈眼接觸鏡檢查，二項擇一。2. 病歷眼底定位過於潦草，沒有確切角度及方向」、「同意改支 23702 x 1 次，檢查當然是雙眼都要 check，不然 slit、IOP 等雙眼豈非都要申報 2 次」，23809C 改支 23702C 1 次，其餘 1 次不予給付，申請理由雖略稱：「本人認為此處置應跟雷射一樣，打右眼與左眼應當作不同眼計價(為醫師本身執行)，跟 SL、IOP 完全不同(為技術員執行)」，依病歷紀錄，病人診斷為「雙側視網膜裂孔」等，依所附「眼科檢查單」、「眼科綜合檢驗檢查報告單」及系爭就醫日 109 年 11 月 11 日病情記載：「OD 400 wate x 0.02 Sec x 200um...OS 400 wate x 0.02 Sec x 200」、「身體檢查發現：Cornea: clear, no SPK. EOM:free and full. Lens: clear. Fundus: cupping 0.5x0.5, macula: ok, new breaks at 10-11 o/c, OD; new breaks at 1-2 o/c, OS」，顯示左、右眼睛施行並申報系爭「視網膜裂孔位置測定(23809C)」項目共 2 次，即與前揭規定不符，且卷無裂孔定位(經緯度)之紀錄，健保署原給付「間接式眼底鏡檢查(23702C)」項目及數量，已足敷診療所需，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

系爭項目為「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」，卷無確診為Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，亦無嗜酸性白血球數或IgE大於其標準值或過敏原定性檢驗異常之檢驗報告佐證，核與規定不符。

衛部爭字第1123403721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。」。</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)第一部、壹、一、一般原則(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。」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「特異過敏原免疫檢驗(30022C)3(含)次以上合理性專案審查」爭議案，系爭項目皆為「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，健保署初、複核意見略為「0503A、0509A, No available IgE levels before allergic panel. Allergic panel can not repeatedly performed」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0510A」，依病歷紀錄，病人民國54年生，診斷為「Other atopic dermatitis」，申請理由雖略稱：「病人於食用蛋及麵條後有嚴重過敏反應」，惟該系爭就醫日110年8月9日病歷無確診為Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，亦無嗜酸性白血球數或IgE大於其標準值或過敏原定性檢驗異常之檢驗報告佐證，同意健保署意見，施行系爭檢驗項目，不符前揭支付標準、審查注意事項之規定。</p> <p>(二)○○○案，健保署初、複核意見略為「0509A, Allergic panel has been performed in 2021」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0510A」，依病歷紀錄，病人民國66年生，診斷為「Atopic dermatitis, unspecified」等，申請理由雖略稱：「病人患有嚴重皮膚搔癢症」，惟依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於110年4月19日、10月18日(系爭)申報執行系爭項目各1次，有同(110)年申報系爭項目共2次之情形，且該系爭就醫日110年10月18日病歷無確診為Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，亦無嗜酸性白血球數或IgE大於其標準值或過敏原定性檢驗異常之檢驗報告佐證，同意健保署意見，施行系爭檢驗項目，不符前揭支付標準、審查注意事項之規定。</p> <p>(三)○○○案，健保署初、複核意見略為「0509A, normal IgE levels and</p>



	<p>it has been performed in 2020」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0510A」，依病歷紀錄，病人民國 54 年生，診斷為「Other atopic dermatitis」等，申請理由雖略稱：「病人於 COVID-19 確診後，發生不明原因之嚴重皮膚搔癢症」，惟依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於 109 年 11 月 30 日、110 年 12 月 27 日（系爭）申報執行系爭項目各 1 次，有兩年內申報系爭項目共 2 次之情形，且該系爭就醫日 110 年 12 月 27 日病歷無確診為 Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，復依檢驗日 109 年 11 月 30 日 Eosinophil count、IgE 檢驗值分別為 200/<math>\mu</math>L（參考值 15-300）、57.0 IU/mL（參考值 20-100），尚在正常範圍，同意健保署意見，施行系爭檢驗項目，不符前揭支付標準、審查注意事項之規定。</p> <p>（四）其餘個案，依病情記載，同意健保署意見，不足以支持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>
--	--

案例四

案情摘要

系爭項目為「細菌最低抑制濃度快速試驗(13023C)」，卷無經13009C-13011C(細菌藥物敏感性試驗)或13020C-13022B(抗生素敏感試驗MIC法)分離出多重或全抗藥性菌種檢查之資料可稽，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401548 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檢查(節錄)

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
13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗 Bacterial minimal inhibition concentration rapid detection	v	v	v	v	300

(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、(二)、5.(41)  
 「13023C(細菌最低抑制濃度快速試驗)需經 13009C-13011C(細菌藥物敏感性試驗)或 13020C-13022B(抗生素敏感試驗 MIC 法)分離出多重或全抗藥性菌種檢查後施行，送審時需檢附分離出多重或全抗藥性菌株之相關檢驗報告。」

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，系爭項目為「細菌最低抑制濃度快速試驗(13023C)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭就醫日 110 年 12 月 15 日申報系爭項目 2 次，健保署初、複核意見略為「非以執行藥敏數量或菌種數量為申報依據」、「重覆申報」，不予給付 1 次，依病歷紀錄，病人診斷為「Chronic kidney disease, stage 5 第五期慢性腎臟疾病」等，申請理由雖略稱：「病人有第五期慢性腎臟疾病，檢驗 urine routine 發現細菌量 3+，為泌尿道感染，細菌培養結果為 E.coli 及 P.aeruginosa 合併感染，…為 2 種不同菌株…非重複申報」，惟卷無經 13009C-13011C(細菌藥物敏感性試驗)或 13020C-13022B(抗生素敏感試驗 MIC 法)分離出多重或全抗藥性菌種檢查之資料可稽，申請系爭項目與前揭規定不符，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。

案例五

案情摘要

系爭項目為「喉頻閃光源內視鏡檢查(28005B)」，依卷附資料，未經基本診療程序，不足以支持逕予施行系爭項目之必要性。

衛部爭字第 1113400967 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，本件係健保署執行「109年耳鼻喉科門診申報適當性專案審查」爭議案，渠等2案，系爭項目皆為「喉頻閃光源內視鏡檢查(28005B)」，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「0509A」，依系爭就醫日109年8月14日病歷紀錄，病人診斷為「Other diseases of vocal cords」等，申請理由雖略稱：「病人聲音沙啞，需檢查聲帶是否有病灶」，惟依病情記載，未經基本診療程序，不足以支持逕行系爭檢查項目之必要性。</p> <p>(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「0181A」、「0509A」，依系爭就醫日109年10月13日病歷紀錄，病人診斷為「Other diseases of vocal cords」等，申請理由雖略稱：「病人聲音沙啞，需檢查聲帶是否有病灶」，惟依病情記載，未經基本診療程序，不足以支持逕行系爭檢查項目之必要性。</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

系爭項目為「中度-複雜(44014B)」及「複雜Complicated(44008B)」，依「語言治療紀錄卡」記載之語言治療項目，核與規定不符。

衛部爭字第1113401613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二部第二章第四節語言治療(節錄)</p> <table border="1" data-bbox="422 1097 1385 1678"> <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>44014B</td> <td>中度-複雜： 2. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>480</td> </tr> <tr> <td>44008B</td> <td>複雜 Complicated： 3. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「10901-10912 申報復健語言治療項目數量不足專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○1人2案，系爭項目皆為「中度-複雜(44014B)」，健保署初、複核意見略為「未依(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第四項)語言治療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44014B改支44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「Vocal cord paralysis、Thyroid tumor」等，申請理由雖略稱：「醫師完整評估病人吞嚥及語</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	44014B	中度-複雜： 2. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	480	44008B	複雜 Complicated： 3. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	600
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																					
44014B	中度-複雜： 2. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	480																					
44008B	複雜 Complicated： 3. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	600																					

	<p>言功能狀態，並於病歷中完整記錄」，惟依病歷及系爭執行日 109 年 4 月 21 日、5 月 1 日、5 月 5 日、5 月 15 日「語言治療紀錄卡」記載：「1. 語言治療：… (1)口腔動作訓練(ST9) (2)發音部位法(ST10) (3)其他經保險人許可者(ST15)」，顯示施行之治療項目為 ST9、ST10、ST15，申報系爭「中度-複雜(44014B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足數復健治療所需。</p> <p>(二) ○○○案，系爭項目為「複雜 Complicated(44008B)」，健保署初、複核意見略為「未依(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第四項)語言治療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44008B 改支 44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「Parkinsonism, secondary」等，申請理由雖略稱：「醫師完整評估病人吞嚥及語言功能狀態，並於病歷中完整記錄」，惟依病歷及系爭執行日 109 年 1 月 7 日「語言治療紀錄卡」記載：「2. 語言治療：…(1)觸覺肌動法(ST8) (2)口腔動作訓練(ST9) (3)發音部位法(ST10) (4)其他經保險人許可者(ST15)」，顯示施行之治療項目為 ST8、ST9、ST10、ST15，申報系爭「複雜 Complicated(44008B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足數復健治療所需。</p> <p>(三) ○○○案，系爭項目為「中度-複雜(44014B)」，健保署初、複核意見略為「未依(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第四項)語言治療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44014B 改支 44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「Oropharyngeal cancer」等，申請理由雖略稱：「醫師完整評估病人吞嚥及語言功能狀態，並於病歷中完整記錄」，惟依病歷及系爭執行日 109 年 3 月 13 日「語言治療紀錄卡」記載：「2. 語言治療：…(1)觸覺肌動法(ST8) (2)口腔動作訓練(ST9) (3)其他經保險人許可者(ST15)」，顯示施行之治療項目為 ST8、ST9、ST15，申報系爭「中度-複雜(44014B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足數復健治療所需。</p> <p>(四) 其餘 216 案，系爭項目或為「中度-複雜(44014B)」；或為「複雜 Complicated(44008B)」，健保署初、複核意見均為「未依(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第四項)語言治</p>
--	--

		<p>療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44014B、44008B 均改支 44005B，依病歷及「語言治療紀錄卡」記載之治療項目，申報系爭「中度-複雜(44014B)」或「複雜 Complicated(44008B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足敷復健治療所需。</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>
--	--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「中度-複雜(44014B)」，依卷附資料，僅施行2項中度治療項目(被動性關節運動、牽拉運動)，未達3項以上，核與規定不符。

衛部爭字第1123401311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四節第二項物理治療(節錄)						
	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
	42011B	中度治療 一複雜(指實施中度治療項目三項以上，且合計時間超過五十分鐘。) 註：1. 中度治療之治療內容代碼 PTM 1. 肌肉電刺激 Muscle		v	v	v	480

			stimulation PTM 2. 上肢水療 Hydrotherapy, U/E PTM 3. 下肢水療 Hydrotherapy, L/E PTM 4. 全身水療 Hydrotherapy, General PTM 5. 被動性關節運動 Passive R. O. M. PTM 6. 牽拉運動 Stretching Exs. PTM 7. 運動治療 Therapeutic Exs. PTM 8. 傾斜台訓練 Tilting table training PTM 9. 肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10. 耐力訓練 Endurance training PTM 11. 按摩 Massage PTM 12. 鬆動術 Mobilization PTM 13. 姿態訓練 Posture training (含步態訓練 及姿勢訓練) PTM 14. 其他經保險人核可者				
--	--	--	--	--	--	--	--

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，○○○1人2案，系爭項目為「中度治療-複雜(42011B)」健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0792A」，改支「中度治療-中度(42008B)」，依病歷紀錄，病人診斷為「右側肩部粘連性囊炎」等，申請理由雖略稱：「49歲女性，因右肩疼痛3個餘月前來就診，…診斷為粘連性關節囊炎併旋轉肌袖破裂，理學檢查發現各活動角度都有不定程度受限，故開立中度複雜治療…」，惟系爭就醫日111年9月1日、9月26日病情記載：「P：物理\_治療中度-複雜：治療性冷/熱敷、牽引、向量干擾、微波、被動性關節運動、牽拉運動」，顯示僅施行2項中度治療項目(被動性關節運動、牽拉運動)，未達三項以上，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，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。

三、血液透析

案例一

案情摘要

系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」，依卷附資料，血液透析病人，實際脫水量<2.0kg，核與規定不符。

衛部爭字第1113401432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	<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> <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&gt;10 ml/min 且每次 UF&lt;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，渠等個案，分述如下： (一)○○○案，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「Cr:2-3,UF:0-1Kg,No dialysis indication、consider to taper HD to BIW」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，依所附檢驗報告，110年9月15日至10月6日期間Cr.檢驗值介於2.69 mg/dL至3.73mg/dL之間，且依110年10月1日、4日、6月8日「血液透析紀錄單」顯示，實際脫水量分別為0.4kg、1.2kg、0.9kg，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 (二)○○○案，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「Cr:2-3,UF:&lt;2.0 Kg,No HD indication、consider to taper HD to QW」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，110年10月4日Cr.檢驗值為2.34 mg/dL，且依110年10月4日、8日、11日、15日、18日、22日「血液透析紀錄單」顯示，實際脫水量分別為1.7kg、1.6kg、1.3kg、1.0kg、1.2kg、1.3kg，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析治療之數量，已足敷治療所需。</p>



	<p>(三)○○○案，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「Cr:2.0, UF:&lt;2.0 Kg, No HD indication、consider to taper HD to BIW」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，依所附檢驗報告，110年10月23日Cr.檢驗值2.72 mg/dL，且依110年10月23日、26日、28日、30日「血液透析紀錄單」顯示，病人無法下床量體重，未估實際脫水量，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析治療之數量，已足敷治療所需。</p> <p>(四)○○○案，系爭項目為「血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)」，健保署初、複核意見為「Cr:&lt;6 and very low UF in each HD: reduce frequency、血液透析病人洗後CCr&gt;10ml/min，且大於40kg而每次UF&lt;2.0公斤，應先減少透析次數為每週兩次」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，依所附檢驗報告，110年10月6日Cr.檢驗值5.54 mg/dL，且依110年10月1日至29日「血液透析紀錄單」顯示，實際脫水量介於-0.2~1.3kg之間，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析治療之數量，已足敷治療所需。</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>
--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」，依卷附資料，為同時施行腹膜透析及血液透析，病人腹膜透析量總和Kt/V值為1.83、WCC標準化總和廓清率為70.83，核與規定不符。

衛部爭字第1113403147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)、

		<p>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<math>&lt; 1.7</math> 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、複核意見為「不符 PD+HD 規定」、「WCCR、Kt/V 足夠，無需 HD」，依病歷紀錄，病人診斷為「末期腎疾病」等，為長期腹膜透析(CAPD)患者，申請理由雖略稱：「病人 111/2/4 出院後回診，發現仍有雙下肢水腫及呼吸喘症狀，經評估需合併血液透析治療一次」，惟姑不論病歷無申請理由所稱相關病情記載，且依卷附「腹膜評估試驗」資料顯示，110 年 10 月 27 日總和 Kt/V 值為 1.83、WCC 標準化總和廓清率為 70.83，於系爭透析日 111 年 2 月 9 日併用系爭血液透析項目，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>
--	--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「一般門診診察費(00109C)」及「醣化血紅素(09006C)」，依卷附資料，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，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇。

衛部爭字第1123400714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、相關規定及函釋					
	(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檢查(節錄)					
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區醫學中心	支付點數

09006C	醣化血紅素 HbA1c (Hemoglobin A1c)	v	v	v	v	200
第六節治療處置(節錄)						
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
	血液透析(一次) Hemodialysis -門診					
58027C	1. 急重症透析	v	v	v	v	4100
58029C	2. 一般透析	v	v	v	v	3912
	註： 1. 以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO)及腎性貧血之輸血費在內。					
<p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、二、(五)其他注意事項： 「1…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>(三) 改制前行政院衛生署中央健康保險局(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部中央健康保險署)97 年 8 月 25 日健保醫字第 0970002488 號函要旨： 「血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，並載明內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內。」。</p> <p>(四) 改制前行政院衛生署中央健康保險局 99 年 6 月 7 日健保醫字第 0990072848 號函要旨： 「血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，並載明內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內……。」。</p> <p>(五) 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，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 5 案，系爭項目為「一般門診診察費(00109C、</p>						

	<p>00110C)」、「醣化血紅素 (09006C)」，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus without complications」等，茲就系爭項目，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 關於系爭「一般門診診察費 (00110C)」項目部分，健保署初、複核意見為「0005A，已內含，穩定慢性病，屬血液透析醫師診察後可處方之情形」、「洗腎病人並無緊急病況之發生需醫師緊急介入處置之情況，診察費不應再次申報」，依系爭就醫日 111 年 8 月 4 日病歷紀錄及「透析記錄表」顯示，系爭就醫日與血液透析日為同一日，同一診治醫師，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，依前揭規定及函釋意旨，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費之必要性。</li> <li>2. 關於系爭「醣化血紅素 (09006C)」項目部分，健保署初、複核意見為「全民健康保險爭議審議統計與案例彙編十案例四，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，應內含於血液透析包裹式給付費用中」、「A1c 屬於洗腎包裹給付，不應再申報」，申請理由雖略稱：「糖尿病治療和洗腎治療是兩種疾病，分屬不同的治療，且各有其支付標準有所依循」，惟依「透析記錄表」顯示，病人為長期血液透析患者，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，依前揭規定及函釋意旨，系爭檢驗費應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。</li> </ol> <p>(二) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus with diabetic nephropathy」等，茲就系爭項目，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 關於系爭「一般門診診察費 (00110C)」項目部分，健保署初、複核意見為「0005A，已內含，穩定慢性病，屬血液透析醫師診察後可處方之情形」、「洗腎病人並無緊急病況之發生需醫師緊急介入處置之情況，診察費不應再次申報」，依系爭就醫日 111 年 8 月 5 日病歷紀錄及「透析記錄表」顯示，系爭就醫日與血液透析日為同一日，同一診治醫師，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，依前揭規定及函釋意旨，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費之必要性。</li> <li>2. 關於系爭「醣化血紅素 (09006C)」項目部分，健保署初、複核意見為「全民健康保險爭議審議統計與案例彙編十案例四，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，應內含於血液透析包裹式給付費用中」、「A1c 屬於洗腎包裹給付，不應再申報」，申請理由雖略稱：「糖尿病治療和洗腎治療是兩種疾病，分屬不同的治療，且各</li> </ol>
--	--



有其支付標準有所依循」，惟依「透析記錄表」顯示，病人為長期血液透析患者，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，依前揭規定及函釋意旨，系爭檢驗費應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。

(三) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus without complications」，茲就系爭項目，分述如下：

1. 關於系爭「一般門診診察費(00110C)」項目部分，健保署初、複核意見為「0005A，已內含，穩定慢性病，屬血液透析醫師診察後可處方之情形」、「洗腎病人並無緊急病況之發生需醫師緊急介入處置之情況，診察費不應再次申報」，依系爭就醫日 111 年 8 月 11 日病歷紀錄及「透析記錄表」顯示，系爭就醫日與血液透析日為同一日，同一診治醫師，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，依前揭規定及函釋意旨，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費之必要性。
2. 關於系爭「醣化血紅素(09006C)」項目部分，健保署初、複核意見為「全民健康保險爭議審議統計與案例彙編十案例四，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，應內含於血液透析包裹式給付費用中」、「A1c 屬於洗腎包裹給付，不應再申報，依所提供資料，病人 A1c 在 6.4-7.0 之間，控制尚可」，申請理由雖略稱：「糖尿病治療和洗腎治療是兩種疾病，分屬不同的治療，且各有其支付標準有所依循」，惟依「透析記錄表」顯示，病人為長期血液透析患者，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，依前揭規定及函釋意旨，系爭檢驗費應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。

(四) 其餘個案，依病歷紀錄，系爭就醫日與血液透析日為同一日，依系爭就醫日病情記載，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，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費項目之必要性；或系爭檢驗項目之費用應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。

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、至申請理由雖略稱：「依據 107 年 11 月 14 日『全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議』107 年第 4 次會議記錄關於洗腎病患看一般門診」云云，惟健保署業已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，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遵循，所稱「研商議事會議紀錄」，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。
--	--

四、手術及處置項目

案例一

案情摘要

系爭項目為「軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)」，依所附照片及病歷記載，核與規定不符。

衛部爭字第1113404196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	<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> <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二部、貳、三、(三十一)：「軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)之明確規範為，其軟組織良性腫瘤應大於十五公分或深及肌膜層。」</p> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)」，健保署初、複核意見略為「0108A、依相片及病理 report，以 62003C 申報」，改支「顏面皮膚及皮下腫瘤切除術一直徑超過 2 公分(62003C)」，依病歷紀錄，病人診斷為「頭、臉及頸部結締組織及其他軟組織之良性腫瘤」，申請理由雖略稱：「病人因右側顳部大及深的軟組織腫瘤，於 9 月 17 日來診所接受切除手術…腫瘤的深度已在肌膜層之下…」，惟依所附照片及「病理組織檢查報告」記載：「GROSS EXAMINATION: THE SPECIMEN SUBMITTED CONSISTS OF THREE SOFT TISSUE MEASURING 5.0 X 4.5 X 1.5 CM. IT IS WELL CIRCUMSCRIBED AN LOBULATED MASS. MICROSCOPIC EXAMINATION: THE SECTIONS SHOW PROLIFERATIVE ADIPOSE TISSUE IN A MASS FASHION MAINLY COMPOSED OF MATURE ADIPOSE TISSUE IN SOFT TISSUE. THE FINDINGS SUGGEST A DIAGNOSIS OF LIPOMATOUS TUMOR.」，同意健保署意見，健保署原給付「顏面皮膚及皮下腫瘤切除術一直徑超過 2 公分(62003C)」項目及數量，已足敷治療所需，自無</p>

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

系爭項目為「眼瞼內翻矯正手術(87009C)」及「眦成形術(87013C)」，支付成數皆為1.53，依手術記錄顯示，係屬同類手術，健保署依規定按其所定點數之一半計算，核屬有據。

衛部爭字第1123402196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)第二部第二章第七節手術 (一) 通則六 「同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：(一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術(支付點數較高者)按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算…。 (三)…本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之(如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推)。」 (二) 第十七項十一、眼瞼(節錄)									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87009C</td> <td>眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註：限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內</td> <td>4113</td> </tr> <tr> <td>87013C</td> <td>眦成形術 Canthoplasty</td> <td>3083</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	支付點數	87009C	眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註：限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內	4113	87013C	眦成形術 Canthoplasty
編號	診療項目	支付點數								
87009C	眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註：限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內	4113								
87013C	眦成形術 Canthoplasty	3083								
二、 查卷附資料，渠等個案，系爭項目皆為「眦成形術(87013C)」，分述										

		<p>如下：</p> <p>(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，申請人於111年11月2日申報執行「眼瞼內翻矯正手術(87009C)」及系爭「眦成形術(87013C)」手術項目，支付成數皆為1.53，健保署初、複核意見略為「0425A,重複申報」，系爭項目支付成數改支0.765(計2358點)，依病歷紀錄，病人診斷為「老年性眼瞼內翻」，依系爭手術日111年11月2日手術記錄顯示，同時施行眼瞼內翻矯正手術及系爭手術，該2項手術皆為行為時支付標準第二部第二章第七節第十七項十一、眼瞼手術項目，係屬同類手術，健保署依前揭規定，系爭手術項目，按其所定點數之一半計算，核屬有據。</p> <p>(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，申請人於111年11月30日申報執行「眼瞼內翻矯正手術(87009C)」及系爭「眦成形術(87013C)」手術項目，支付成數皆為1.53，健保署初、複核意見略為「0425A,重複申報」，系爭項目支付成數改支0.765(計2358點)，依病歷紀錄，病人診斷為「老年性眼瞼內翻」，依系爭手術日111年11月30日手術記錄顯示，同時施行眼瞼內翻矯正手術及系爭手術，該2項手術皆為行為時支付標準第二部第二章第七節第十七項十一、眼瞼手術項目，係屬同類手術，健保署依前揭規定，系爭手術項目，按其所定點數之一半計算，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>
--	--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)(97607B)」，病歷內容簡略，核與規定不符。

衛部爭字第1123400928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

## 1. 第 67 條第 1 項

「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」。

## 2. 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。」。

(二) 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。」

二、查卷附資料，渠等5案，系爭項目皆為「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)(97607B)」，健保署初、複核意見均為「已要求手術繪圖補件，但陳述術前檢查圖即為手術繪圖，手術記錄亦相當簡略，例如無切開位置之標示方位」，分述如下：

(一) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示之老年期白內障」，申復及申請理由雖分別略稱：「不知道需要繪圖下刀位置，所以疏失，目前已改正…」、「…已(誤植為以)補正手術下刀位置」，惟病歷增刪修正未於送審前完成，且未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，復依原送審資料，系爭手術日111年9月1日「白內障手術記錄」內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

(二) ○○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「老年性白內障」等，申請理由雖略稱：「1. 眼周本已呈現IOL Master檢查單上2. 再補附手術單」，惟經比對申請人所附之2份系爭手術日111年9月7日「白內障手術記錄」，其中一份有以人工手繪手術位置，另一份標示為「補件」之紀錄，則無手術位置，顯示原送審病歷資料經增刪修改，且增刪修改處未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，並應於送審前完成，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

(三) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示之老年期白內障」，申復及申請理由雖分別略稱：「不知道需要繪圖下刀位置，所以疏失，目前已改正…」、「…已補正手術下刀位置」，惟病歷增刪修正未於送審前完成，且未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，復依原送審資料，系爭手術日111年9月8日「白內障手術記錄」內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

(四) 其餘個案，病歷增刪修正未於送審前完成，且未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，復依原送審資料，系爭手術日「白內障手術記錄」內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

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、另建請申請人於送審前妥為檢視申報資料之正確性及完整性，以維自身權益，併予敘明。
--	---

案例四

案情摘要

系爭項目為「皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)(48014C)」處置項目，依病情記載及所附照片，核與規定不符。

衛部爭字第1113403717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	<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> <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二部、貳、三、(二)3. 燒傷門診病患之處置、換藥燒燙傷部分： 「(1)申報時需註明部位(範圍)、時間、原因、嚴重度。(3)大範圍燒燙傷：應為傷口大於25平方公分或嬰兒大於0.5%TBSA(Total body surface area)，已達第二度燒燙傷範圍，及附上清晰之照片，才可以48014C申報。」。</p> <p>二、查卷附資料，渠等個案，分述如下： (一)○○○案，系爭項目為「皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)(48014C)」、「皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)一體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)&lt;48018C&gt;」、「手術、創傷處置及換藥—中換藥(十至二十公分)&lt;48012C&gt;」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0415A」，48012C部分不予給付、其餘項目不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，病人罹患「薦骨壓迫性潰瘍，第四期」等，依系爭就醫日111年3月3日病情記載及所附照片，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。 (二)○○○○案，系爭項目為「手術、創傷處置及換藥—小換藥(小於十公分)&lt;48011C&gt;」、「手術、創傷處置及換藥—中換藥(十至二十公分)</p>



	<p>〈48012C〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0415A」，48011C部分不予給付、48012C不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，病人罹患「右側肱骨上端閉鎖性骨折之初期照護」等，依系爭就醫日111年3月3日病情記載：「多處bed sore，Albumin很低(2.1)，全身水腫」及所附照片，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(三) ○○○○案，系爭項目為「手術、創傷處置及換藥—小換藥(小於十公分)〈48011C〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0415A」，部分不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，病人罹患「右側腕部開放性傷口之初期照護」等，依系爭就醫日111年3月4日病情記載：「屁股傷口有膿疱，有較改善，協助換藥」及所附照片，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(四) 其餘個案，依病情記載，同意健保署意見，不足以支持系爭處置項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</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>
--	---

案例五

案情摘要

系爭項目為「黃斑部雷射術—複診(60002C)」、「全網膜雷射術—初診(60003C)」及「周邊(局部)網膜雷射術—初診(60005C)」，病歷內容簡略，核與規定不符。

衛部爭字第1123404181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二部、貳、九、西醫基層醫療費用審查注意事項-眼科</p> <p>「(九)雷射治療 7. 申報【…黃斑部雷射術—複診(60002C)、全網膜雷射術—初診(60003C)…週邊(局部)網膜雷射術—初診</p>

(60005C)…】需附術前與處置之完整病歷紀錄。」。

「(十七) 眼科抽審到之案件需附病歷首頁及支持該治療前後相關之病歷影本資料(若附影像請以清晰影像檢附)。」。

「(二十一)病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述 或 圖示(得照相或文字敘述)、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。」。

## 二、查卷附資料，渠等個案，分述如下：

### (一) ○○○案

#### 1. 健保署審核意見

(1) 初核：所附照片無法評估該處置合宜性。

(2) 複核：西醫專業審查不予支付理由代碼 0181A。

#### 2. 申請理由要旨

病人因飛蚊突然增加而至本院散瞳檢查，經發現有視網膜裂孔，照片中已指出裂孔位置，周邊也指出雷射疤痕。

#### 3. 健保署提具意見及補充意見要旨

##### (1) 112 年 12 月 12 日提具意見

病歷：僅單次，無雷射後的追蹤後續病歷資料，視網膜雷射當天，也無做基本的視力檢查，不符醫療常規。

照片：手術照片未標註日期，無法確認為手術當日照片。

##### (2) 113 年 1 月 2 日補充意見

A. 本次門診 112 年 5 月 4 日僅附驗光及眼壓貼紙(左上角)，未見書明裸視與矯正紀錄，應屬術前檢查不完全。

B. 診斷 Dx、處置 Rx 紀錄簡略，未見任何患者主訴，檢查所見視網膜紀錄僅以略圖加上一小圓圈，無法確認視網膜小破洞及雷射施行之必要性，依規定應屬病歷紀錄不完整。

4. 系爭項目為「周邊(局部)網膜雷射術-初診(60005C)」，依病歷紀錄，病人診斷為「retinal break c local detachment」等，該系爭就醫日 112 年 5 月 4 日病情記載簡略，所附照片資料模糊且未標示日期，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(二) ○○案，系爭項目為「黃斑部雷射術-複診(60002C)」，健保署初、複核意見為「依病歷紀錄，無法支持該處置」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0181A」，依病歷紀錄，病人診斷為「PDR c DME」等，申請理由雖略稱：「病人為糖尿病視網膜病變併黃斑部水腫，照片中有指出水腫位置，眼部電腦斷層亦有指出水腫位置」，惟依系爭就醫日 112 年 5 月 12 日病情記載：「cc for grid(OS)…DME…dots microaneurysms(+)…」，病歷內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(三) ○○○案，系爭項目為「全網膜雷射術-初診(60003C)」，健保署初、

	<p>複核意見為「依病歷紀錄，無法支持該處置」、「0181A, no PRP spots in photo」，依病歷紀錄，病人診斷為「PDR」等，申請理由雖略稱：「病人為糖尿病視網膜病變患者，由照片中可見視網膜新生血管及出血位置，此照片為雷射之前照片，尚無雷射疤痕」，惟依系爭就醫日112年5月12日病情記載：「cc ask for PRP(OS)…PDR…」，病歷內容簡略，同意健保署意見，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>
--	--

### 案例六

#### 案情摘要

系爭項目為「板機指手術(64081C)」，「手術同意書」及「麻醉同意書」資料記載不全，核與規定不符。

衛部爭字第1113400024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) 行為時醫療法</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 第63條第1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。」</li> <li>2. 第67條第1項：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」</li> <li>3. 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。」</li> </ol> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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。」</li> </ol>

2. 第二部、壹、一般原則

「十五、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。」。

二、查卷附資料，本件係健保署執行「109年骨科管理專案審查」爭議案，系爭項目均為「板機指手術(64081C)」，分述如下：

(一) ○○、○○○、○○○、○○○4案

1. 健保署審核意見

(1) 初核

甲、○○案：0801A，病人未簽名。

乙、○○○案：0801A，手術同意書無病患之簽名。

丙、○○○案：0801A，手術、麻醉同意書沒有病人簽名。

丁、○○○案：0801A，無病患之簽名(手術、麻醉同意書)。

(2) 複核：同原審意見。

2. 依病歷紀錄，病人診斷分別為「板機指」(○案、○案)、「未明示手指挫傷未伴有指甲受損之初期照護」(○案、○案)，依手術紀錄顯示，分別於108年7月10日(○案)、10月3日(○案)、11月1日(○案)、12月27日(○案)施行系爭板機指手術，申請理由雖均略稱：「已經請病人回院補簽名於同意書上，才提出申復…」，惟卷附蓋有健保署章戳之「手術同意書」及「麻醉同意書」，雖有病人補簽名，惟未加註執行年、月、日，則健保署依前揭規定不予給付，核屬有據。

(二) 其餘15案，分述如下

1. 健保署審核意見

(1) 初核：

甲、○○○、○○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○8案：0801A，病人未簽名。

乙、○○○、○○○、○○○3案：0801A，手術與麻醉同意書無病患之簽名。

丙、○○○、○○○2案：0801A，手術、麻醉同意書沒有病人簽名。

丁、○○案：0801A，依審查注意事項一般原則十五、手術、麻醉同意書未經病人簽名。

戊、○○○案：0801A，手術與麻醉同意書無病患之簽名，且不宜與復健同時進行。

(2) 同原審意見。

2. 申請理由要旨

病人未回院補簽名。由於本院對申報注意事項不清楚，故未要求病患一定要簽名，目前已確實做到凡手術或麻醉必請病患簽署手術麻醉同意書。

3. 以○○○案為例，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示手指挫傷未伴有

		<p>指甲受損之初期照護」，依手術紀錄顯示，病人於108年4月13日施行系爭板機指手術，惟卷附蓋有健保署章戳之「手術同意書」、「麻醉同意書」立同意書人姓名欄位空白，且為申請人所不否認，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據；其餘個案，亦類此情形，經核亦無不妥。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請「板機指手術(64081C)」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

系爭項目為「MEGEST ORAL (AB46991157)」，依卷附資料，病人最近6個月內體重流失未>5%，核與規定不符。

衛部爭字第1113400687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藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 5.3.6. Megestrol 口服液劑：(108/6/1) 「1. 限用於已排除其他可治療之體重減輕(如全身性感染、影響吸收的腸胃道疾病、內分泌疾病、腎臟或精神病)之具惡病質的後天免疫缺乏症候群患者及癌症患者。 2. 惡病質之條件包括最近 6 個月以上體重流失>5%，或 BMI <20 且體重流失>2%。」。 5.3.6. Megestrol 口服液劑：(109/3/1) 「1. 限用於已排除其他可治療之體重減輕(如全身性感染、影響吸收的腸胃道疾病、內分泌疾病、腎臟或精神病)之具惡病質的後天免疫缺乏症候群患者及癌症患者。 2. 惡病質之條件包括最近 6 個月以內體重流失>5%，或 BMI<20 且體重流失>2%。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「Megstrol 高劑量醫師/病人專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下： (一) ○○○1 人 2 案，系爭項目為「MEGEST ORAL (AB46991157)」(流水號 63010)、「MEGEST ORAL (AB46991157)」、「一般門診診察費 (00156A)」、「門診藥事服務費 (05201A)」(流水號 34322)，健保署初、複核意見為「no BW record in chart, no treatment response evaluation process」，依系爭就醫日 109 年 8 月 26 日、9 月 16 日病歷紀錄，病人診斷為「下齒齦惡性腫瘤、頰粘膜惡性腫瘤」等，申請理由雖略稱：「BH:175 BW:68 mucositis(+)」，惟

	<p>依 109 年 8 月 26 日病情記載：「身體檢查發現…BH：175(cm) BW：69-68(kg)」，顯示體重下降 1kg，流失 1.47%(1/68 ×100%)，未達前揭規定「最近 6 個月以上體重流失&gt;5%」之標準，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二) 其餘個案，或依病歷紀錄，無體重記載，或體重流失未達前揭「最近 6 個月以上體重流失&gt;5%」，或非屬惡病質之癌症患者，使用系爭「MEGEST ORAL (AB46991157)」藥品，不符前揭規定；或依病情記載，不足以支持系爭門診診察費、門診藥事服務費之必要性。</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

系爭項目為「TAGRISSO Film-coated Tablets 80 mg(BC26968100)」，卷無病人已使用過 EGFR 標靶藥 afatinib 治療失敗及具有 EGFR T790M 基因突變之相關佐證資料，核與規定不符。

衛部爭字第 1113402667 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	<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> <p>審定理由 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 9.80.0simertinib (如 Tagrisso)： 「1. 限單獨使用於： (1) 具有 EGFR Exon 19 Del 基因突變且具腦轉移 (CNS) 之轉移性 (第IV期) 肺腺癌病患之第一線治療。 (2) 先前已使用過 EGFR 標靶藥物 gefitinib、erlotinib、afatinib 或 dacomitinib 治療失敗，且具有 EGFR T790M 基因突變之局部侵犯性或轉移性之非小細胞肺癌之第二線治療。」</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「Tagrisso 申報適當性專案審查」爭議案，渠等○○○1 人 6 案，系爭項目皆為「TAGRISSO Film-</p>

	<p>coated Tablets 80 mg (BC26968100)」，健保署初、複核意見皆為「初次使用 Tagrisso 藥物，不符合藥品給付規定 9.80，此病例為肺腺癌第二線使用 Tagrisso，依當時之規定必須有 EGFR 突變，且又用藥後發生 T790M 突變者，此病例未符合上述條件，Tagrisso 用於 Exon 19 Del 用於第一線，本病例並不符合」，依病歷紀錄，病人診斷為「Lung cancer, right」，申請理由雖略稱：「病人在 Giotrif 治療下，腫瘤持續變大，且 CEA 持續升高(8.43)，表示原有的治療無效，鑒於 Giotrif 使用已有抗藥性，此為臨床不得已的措施，並非第一線使用，因此改用 Tagrisso」，惟依病情及僅附 108 年 3 月 22 日、11 月 11 日病理組織報告，無病人已使用過 EGFR 標靶藥 afatinib 治療失敗及具有 EGFR T790M 基因突變之相關佐證資料，同意健保署意見，處方系爭藥品，與前揭規定不符。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請系爭「TAGRISSO」項目費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「DURATEARS STERILE OPH OINT(B017121417)」、「TEARS NATURALE (B017091435)」，未檢附初次診斷乾眼症之淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)之紀錄佐證，核與規定不符。

衛部爭字第 1123400620 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藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 14.5. 人工淚液：</p> <p>「1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於 5 mm 者。</p> <p>2. 因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變必須時之使用。」</p> <p>二、查卷附資料，系爭項目為「DURATEARS STERILE OPH OINT</p>

		(B017121417)」、「TEARS NATURALE (B017091435)」，健保署初、複核意見為「0317A，無相關疾病敘述支持該藥物」，依病歷紀錄，病人診斷為「復發性角膜糜爛」，申請理由雖略稱：「病人右眼有固定區域之角膜表皮破損，診斷為復發性角膜糜爛，採取日間 TEARS NATURALE 予以滋潤及睡前 DURATEARS 預防表皮再度撕裂」，惟未檢附初次診斷乾眼症之淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)之紀錄佐證，處方系爭藥品，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。
--	--	--

#### 案例四

##### 案情摘要

系爭項目為「KELFER CAPSULES 500MG(VC00005100)」，卷無系爭藥品許可證登載適應症之診斷及相關病情記載，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404412 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	<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> <p>審定理由 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，並應依病情治療所需劑量，處方合理之含量或規格藥品。」 二、查卷附資料，本件係健保署執行「非罕病使用非事前審查罕病藥物不支付費用專案審查」爭議案，系爭項目為「KELFER CAPSULES 500MG (VC00005100)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0308A」、「不符使用規定」，申請理由雖略稱：「病人因嚴重慢性腎衰竭合併骨髓化生不良症候群長期嚴重貧血(Hb:3~5mg/dl)，貧血症狀嚴重頻繁接受輸血治療，因而造成鐵過量沉積…iron chelator 治療，使用 Kelfer Cap…另排鐵藥物 Deferasirox，因病人(eGFR&lt;15)評估病況為藥品禁忌症 eGFR&lt;40 者不宜使用…故採本藥品治療以利病人症狀改善…是延續原本慢性外院用藥，用以治療慢性血液疾病」，惟依病歷紀錄，病人因 fever 於 112 年 1 月 5 日至</p>

	<p>15 日入住申請人醫院接受診治，入院診斷為「Anemia suspicious acute on chronic kidney disease related」等，依「出院病歷摘要」記載：「Underlying disease:…Myelodysplastic syndrome been f/u…」，無系爭藥品許可證登載適應症「重型海洋性貧血 (Thalassemia major)…」之診斷及相關病情紀錄，處方系爭藥品，不符前揭規定。</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>
--	---

案例五

案情摘要

系爭項目為「STELARA Concentrate for Solution for Infusion (130mg/26mL) (KC01084241)」，依卷附資料，病人傳統藥物使用時間未達連續3個月療效評估，核與規定不符。

衛部爭字第 1123403256 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 1123403256 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	○○○ ○○○ ○	STELARA Concentrate for Solution for	3		3	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



附表						
衛部爭字第 1123403256 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	
	腸胃內科	Infusion (130 mg/26mL) (KC01084241)				<p>付規定(以下簡稱藥品給付規定)</p> <p>8.2.4.7.1. ustekinumab (如 Stelara): 成人治療部分</p> <p>「3. 須經診斷為成人克隆氏症…</p> <p>(1) 克隆氏症病情發作, 經 5-aminosalicylic acid 藥物 (sulfasalazine, mesalamine, balsalazide)、類固醇、及/或免疫抑制劑 (azathioprine, 6-mercaptopurine, methotrexate) 充分治療超過六個月, 仍然無法控制病情 (CDAI <math>\geq</math> 300) 或產生嚴重藥物副作用時, 且病況不適合手術者。</p> <p>4. 療效評估與繼續使用:</p> <p>(3) 總療程: …ustekinumab 治療 44 週使用 5 劑。總療程結束後, 必須至少再間隔超過 3 個月後, 因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)…之標準(惟其中經 5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療, 連續超過 3 個月)才能再次提出申請使用。」。</p> <p>二、健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核:</p> <p>5ASA 及類固醇治療必須滿 3 個月, 所附病歷僅 4 月 12 日起, 未滿 3 個月。</p>

附表						
衛部爭字第 1123403256 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) 複核：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療必須連續超過 3 個月，所附病歷僅(112 年)4 月 12 日及(112 年)7 月 5 日有門診治療紀錄，並未充分治療連續超過 3 個月。</li> <li>用於克隆氏症治療部分依 8.2.4.7.1. 規定：總療程：… ustekinumab 治療 44 週使用 5 劑。總療程結束後，必須至少再間隔超過 3 個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)…之標準(惟其中經 5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療，連續超過 3 個月)才能再次提出申請使用。</li> </ol> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病歷資料中有 112 年 4 月 12 日回診接受傳統藥物治療，且開立連處 3 次之紀錄。112 年 7 月 5 日回診病人仍腹痛，且抽血發炎指數 CRP:8.42 mg/(d)1，CDAI:356.2 分，…患者已經 5-ASA、類固醇及免疫抑制劑充分治療超過 3 個月。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「K5000」(小腸克隆氏病未伴有併發症)。</p> <p>(二) 依健保署 112 年 7 月 26 日提供之「○○○事前審查藥品申請歷程」及申報資料顯示，健保署於</p>

附表 衛部爭字第 1123403256 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>111 年 3 月 15 日核定同意備查系爭 Stelara 藥品 (KC01084241)3 支(第 1 劑)，於 111 年 5 月 11 日核定同意備查 Stelara 藥品(KC00957209)2 支(第 2、3 劑)，於 111 年 10 月 18 日核定同意備查 Stelara 藥品(KC00957209)2 支(第 4、5 劑)，總計核定同意備查 Stelara 藥品共 5 劑在案，申請人復於 112 年 6 月 9 日(本件送核受理日)再次提出申請使用系爭藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為「Crohn's disease, unspecified, without complications」等，申請使用系爭藥品，不符前揭規定，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依健保署 112 年 7 月 26 日提供系爭藥品申報資料顯示，病人於 111 年 4 月 6 日完成第 1 劑系爭 STELARA 藥品治療，之後分別於 111 年 6 月 1 日、8 月 24 日、11 月 16 日及 112 年 2 月 8 日接受 4 劑治療，總計使用 5 劑，治療 44 週。</li> <li>2. 申請理由雖略稱：「112 年 4 月 12 日回診接受傳統藥物治療，且開立連處 3 次，…患者已經 5-ASA、類固醇及免疫抑制劑充分治療</li> </ol>

附表						
衛部爭字第 1123403256 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>超過 3 個月」，惟依 112 年 4 月 12 日病歷記載：「2023/04/12 08:41, Patient has no evidence of pain」，亦未見系爭 STELARA 藥品療程結束後，病人病情復發之佐證資料(如:CDAI 評估報告)，旋於 112 年 4 月 12 日處方傳統藥物治療，然傳統藥物使用時間未達連續 3 個月療效評估，即於 112 年 6 月 9 日(本件送核受理日)再次提出申請使用系爭藥品，不符前揭「…充分治療，連續超過 3 個月才能再次提出申請使用」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>

案例六

案情摘要

系爭項目為「RINVOQ Extended-Release Tablets 15 mg(BC27902100)」，依卷附資料，病人 DMARDs 藥品使用之劑量未達治療劑量及時間，核與規定不符。

衛部爭字第 1123403491 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 1123403491 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	○○○ ○○○ ○ 風濕免疫科	RINVOQ Extended- Release Tablets 15 mg (BC27902100)	168		168	<p>一、相關規定</p> <p>(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 8.2.4.2. upadacitinib(如 Rinvoq)</p> <p>「6. 病患需同時符合下述…(3)項條件，方可使用；…</p> <p>(3) 標準疾病修飾抗風濕病藥物 (Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs, DMARD) 療法失敗：病患曾經接受至少兩種 DMARDs (methotrexate 為基本藥物，另一藥物必須包括肌肉注射之金劑、hydroxychloroquine、sulfasalazine、d-penicillamine、azathioprine、leflunomide、cyclosporine 中之任何一種) 之充分治療，而仍無明顯療效。</p> <p>I. 充分治療的定義：</p> <p>i. DMARDs 藥物治療時間須符合下列條件之一：</p> <p>(i) 必須至少 6 個月以上，而其中至少 2 個月必須達到 (附表十四) 所示標準目標劑量 (standard target dose)。</p>



附表 衛部爭字第 1123403491 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>ii. 若病患因 DMARDs 藥物毒性無法忍受，以致無法達到上項要求時，DMARDs 劑量仍需達(附表十四)治療劑量 (therapeutic doses)連續 2 個月以上。」</p> <p>附表十四：全民健康保險疾病修飾抗風濕病藥物(DMARDs)之標準目標劑量暨治療劑量表(節錄)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DMARDs 名稱</th> <th>標準目標劑量</th> <th>治療劑量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Methotrexate</td> <td>15-20 毫克/週</td> <td>7.5 毫克/週</td> </tr> <tr> <td>Sulphasalazine</td> <td>40 毫克/公斤/天</td> <td>2 公克/天</td> </tr> <tr> <td>Cyclosporines</td> <td>2.5-5.0 毫克/公斤/天</td> <td>2.5 毫克/公斤/天</td> </tr> </tbody> </table> <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、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：</p>	DMARDs 名稱	標準目標劑量	治療劑量	Methotrexate	15-20 毫克/週	7.5 毫克/週	Sulphasalazine	40 毫克/公斤/天	2 公克/天	Cyclosporines	2.5-5.0 毫克/公斤/天	2.5 毫克/公斤/天
DMARDs 名稱	標準目標劑量	治療劑量																
Methotrexate	15-20 毫克/週	7.5 毫克/週																
Sulphasalazine	40 毫克/公斤/天	2 公克/天																
Cyclosporines	2.5-5.0 毫克/公斤/天	2.5 毫克/公斤/天																

附表 衛部爭字第 1123403491 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>1. 112 年 6 月 21 日:關節照片無腫脹,請附其他影像如超音波 or X ray with typical radiographic change。</p> <p>2. 112 年 7 月 18 日:DMARDs 劑量未達生物製劑申請規範。</p> <p>(二)複核: Some symptoms you mentioned are so subjective, May careful titrate cDMARD with closely followed up and education the complience。</p> <p>四、申請理由要旨</p> <p>(一)患者使用 DMARDs 治療,但出現多項副作用:MTX:疲勞、Leflunomide:肝功能上升、Cyclosporine:嚴重頭痛,但口服藥效果不彰,近期仍多次到院施打止痛消炎針,以緩解嚴重關節腫痛…顯示病情未獲得控制。</p> <p>(二)經 DMARDs 及 NSAID 藥物治療: 1. MTX 7.5mg/QW(111 年 6 月 21 日-10 月 27 日;111 年 12 月 27 日-迄今,副作用:疲勞。 2. SSZ 500 mg 1# BID (111 年 1 月 18 日-10 月 27 日;111 年 12 月 27 日-迄今)。 3. Prednisolone 5mg 1# Bid(111 年 5 月 24 日-10 月 27 日;111 年 12 月 27 日-迄今)。 4. Leflunomide 1# QD(111 年 8 月 30 日-9 月 27 日),副作用:肝功能上升。</p>

附表 衛部爭字第 1123403491 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>5. Cyclosporine 1# 100mg QD (112年3月8日-3月29日), 副作用: 嚴重頭痛, …, 口服治療後關節腫痛未改善, …評估 DAS28: 6.67 → 6.97 (112年5月10日 → 112年6月14日), 符合健保申請規範。</p> <p>五、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M0570」 (未明示部位類風濕性關節炎伴有類風濕因子, 未侵及器官及系統)。</p> <p>(二) 查卷附資料, 申請人透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統上傳之「20230802 病歷.pdf」檔案為112年8月2日門診病歷, 經比對健保署透過前開系統所交換之資料, 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) 復依原送審資料, 依病歷紀錄, 病人體重66公斤, 為類風濕性關節炎患者, 申請理由雖略稱:「患者使用DMARDs治療, 但出現多項副作用…符合健保申請規範」, 惟依所附111年1月18日至同年12月27日他院門診病歷及112年2月8日至同年7月19日申請人醫院門診病歷, 病人曾接受過4種DMARDs治療, 分述如下:</p> <p>1. Sulphasalazine: 111年1月18日至同年12月27日及112年2月8</p>

附表 衛部爭字第 1123403491 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>日至同年 7 月 19 日期間，處方劑量分別為 1.5g/day、1g/day，皆未達治療劑量 2g/day。</p> <p>2. Methotrexate:111 年 6 月 21 日至同年 12 月 27 日及 112 年 2 月 8 日至同年 7 月 19 日期間，處方劑量分別為 5mg/week、7.5mg/week。</p> <p>3. Leflunomide 僅於 111 年 8 月 30 日處方 20mg/day 共 28 天，Sandimmun (Cyclosporines)僅於 112 年 3 月 8 日處方 100mg/day 共 21 天，治療時間皆未達 2 個月。</p> <p>(四)次依 111 年 12 月 27 日(他院)及 112 年 3 月 29 日門診病歷分別記載：「[S]…Severe dizziness and nausea with Arheuma and very fatigue…[0]…Try low dose MTX again previous severe hair loss with MTX」、「Subjective…Severe headache over bil frontal area after CsA intake…」，顯示病人使用 DMARDs 固有副作用，然僅 Methotrexate 藥品使用治療劑量 (7.5mg/week)治療達 2 個月以上，其餘 DMARDs 藥品使用之劑量仍未達治療劑量及治療時間，顯未達充分治療之定義，則申請使用系爭藥品，不符前揭「病患曾經接受至少兩種 DMARDs…之充分治療…」之規定。</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</p>

附表 衛部爭字第 1123403491 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					核定並無不合，應予維持。 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。

案例七

案情摘要

系爭項目為「Eylea aflibercept(rch)40 mg/mL solution for intravitreal injection vial(KC00936248)」，依卷附資料，病人為老年性滲出性黃斑部病變患者，眼部病灶已無疾病活性，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1123405292 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 1123405292 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	○○○	Eylea	3		3	一、相關規定



附表 衛部爭字第 1123405292 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	
	○○○ ○ 眼科	aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for intravitreal injection vial (KC00936248)				<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 14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Anti-VEGF 如 aflibercept(Eylea) 本類藥品使用須符合下列條件： 「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) : III. 第二次及第三次申請時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢附有改善證明及須持續治療需求之相關資料。且符合下列情況者方得以繼續治療： iii. 解剖學上仍有疾病活性者(如視網膜內積液、視網膜下積液、視網膜色素上皮層下積液、黃斑部出血，或黃斑新生血管等病灶)。」</p> <p>二、健保署審核意見 (一)初核：無上次治療後改善之紀錄，且目前病況穩定。 (二)複核：目前無活動病灶，必須符合 iii. 解剖學上仍有疾病活性者(如視網膜內積液、視網膜下積液、視網膜色素上皮層下積液、黃斑部出血，或黃斑新生血管等病灶)。</p> <p>三、病歷記載、病情部分 (一)申請書所載傷病名稱為「H35.32」</p>

附表 衛部爭字第 1123405292 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>(老年性滲出性黃斑退化)。</p> <p>(二) 依健保署 112 年 11 月 8 日提供「○○○事前審查申請歷程」資料顯示，健保署於 111 年 11 月 3 日核定同意右眼使用系爭 Eylea 藥品在案，申請人復於 112 年 10 月 3 日(本件送核受理日)申請使用系爭 Eylea 藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查卷附資料，申請理由雖略稱：「病人治療後，控制效果佳，需持續治療防止惡化，故申請續針」，惟依 112 年 10 月 2 日眼底攝影及 OCT 檢查影像資料顯示，病人右眼病灶已無疾病活性，申請續用系爭藥品，不符前揭「iii. 解剖學上仍有疾病活性者…」之規定。</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>

案例八

案情摘要

系爭項目為「TREMFYA Solution for injection(KC01077209)」，依卷附資料，非屬無法接受足夠照光及至少2種系統性治療之情形，且僅使用1種系統性藥物MTX藥品治療，核與規定不符。

衛部爭字第 1113402976 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 1113402976 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	○○○ ○○○ ○ 皮膚科	TREMFYA Solution for injection (KC01077209)	3		3	<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 8.2.4.6. guselkumab(如 Tremfya)：用於乾癬治療部分</p> <p>「1. 給付條件：限符合下列…情形使用：</p> <p>(1)用於經照光治療及其他系統性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他系統性治療之全身慢性中、重度之乾癬或頑固之掌蹠性乾癬，且影響功能之患者。</p> <p>IV. 所稱治療…。</p> <p>i. 治療必須包括足量之照光治療及包括以下兩種系統性治療之至少兩種，包括 methotrexate、acitretin、cyclosporin。</p> <p>V. 所稱無法接受治療：</p> <p>ii. Acitretin：指有明顯肝功能異常、高血脂無法有效控制，或 cyclosporin 有效但停藥後迅速復發，已持續使用超用 1</p>

附表 衛部爭字第 1113402976 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>年，或已產生腎毒性經減量後無法有效控制者。」。</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 兩種免疫調節劑之使用未達規定。</li> <li>2. 照光次數未達規定(5月只有7次)。</li> </ol> <p>(二) 複核：兩種免疫調節劑之使用未達規定：Acitretin 因副作用嚴重不適而停藥，MTX 足量滿三個月，當其中一種藥物未達規定，則應換成 Cyclosporine 使用三個月，再提出申請；照光次數未達規定(5月只有7次)，是每周兩次，每月至少八次，連續治療三個月。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) Psoriasis 患者，口服藥物治療：Acitretin 20mg/day (111年1月19日至2月16日) dizziness and nausea after neotigasonone、MTX 10-15 mg/week(111年3月14日至3月21日、111年3月21日至7月11日)，Cyclosporine 因患者有高血壓病史，平日血壓均 15X-16X，且有服用高血壓藥物控制，故未使用。</p> <p>(二) 患者照光自 111年3月14日至6月29日(5月只有7次因確診隔離)期間皆規律一週兩次照光，患者已積極配合傳統治療仍療效不佳，院內自主管理期間申請首次新件，懇請惠予同意使用 Tremfya 治療。</p>

附表 衛部爭字第 1113402976 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>四、病情記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「L40.8」(其他乾癬)。</p> <p>(二)查所附資料，依病歷紀錄及「全民健康保險乾癬使用生物製劑申請表」顯示，病人診斷為「其他乾癬」，申請使用系爭藥品，不符首揭規定，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 111年1月19日起使用 Acitretin 治療，因 dizziness and nausea 於 111年2月16日停用，惟 dizziness and nausea 非屬前揭 Acitretin 無法接受治療之「明顯肝功能異常、高血脂無法有效控制」情形。</li> <li>2. 111年3月14日至111年8月8日(本件送核受理日)僅使用1種系統性藥物 MTX 藥品治療，亦不符前揭「包括以下兩種系統性治療之至少兩種，包括 methotrexate、acitretin、cyclosporin」之規定。</li> </ol> <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

系爭項目為「SIMPONI TM (GOLIMUMAB), SOLUTION FOR INJECTION(KC00911206)」，依卷附資料，病人已使用MTX及leflunomide進行充分的治療，但療效不彰，申請系爭藥品，核符規定。

衛部爭字第 1113403408 號

審定	
主文	原核定撤銷，同意所請如附表。
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 1113403408 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	○○○ ○○○ ○ 皮膚科	SIMPONI TM (GOLIMUMAB), SOLUTION FOR INJECTION (KC00911206)	3	3		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 8.2.4.4.golimumab (如 Simponi)：用於活動性乾癬性關節炎—乾癬性周邊關節炎治療部分 「3. 需符合下列所有條件： (3)三個或是三個以上的疼痛關節及三個或三個以上的腫脹關節，且至少間隔 4 週(含)以上之連續兩次評估均符合上述條件。 (4)應先使用非類固醇類消炎止痛劑(NSAID)及疾病修飾治療藥

附表 衛部爭字第 1113403408 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>物(DMARDs)，且必須曾使用過至少 2 種疾病修飾治療藥物 (DMARDs) 進行充分的治療，但療效不彰。i. 疾病修飾治療藥物 [ DMARDs 包括下列四種: sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine、leflunomide ]，治療至少六個月，且至少有兩個月都達標準目標劑量(除非有明顯副作用或毒性反應)，仍然未達療效者。ii. 疾病修飾治療藥物中 sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine 為第一線藥物，leflunomide 為第二線藥物，第一線疾病修飾類藥物治療無效，應先經 leflunomide 治療 3 個月無效……。」</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：Arheuma 20mg/QD(111 年 5 月 19 日至今)標準劑量使用未達 3 個月以上。</p> <p>(二)複核：DMARDs, MTX, SSZ 共同標準劑量使用未達 6 個月以上。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>患者確實已達先後使用兩種 DMARDs (含二線藥物 3 個月 [ 12 週 ] ) 治療 6 個月 [ 24 週 ] )，且至少有兩個月都達標準目標劑量以上： Methotrexate 15mg/QW(111 年 2 月</p>

附表 衛部爭字第 1113403408 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>23 日至 111 年 5 月 18 日、111 年 9 月 8 日:Ps0 and PsA flare up after oral artheuma, Change back Methotrexate 6#至今), Arheuma 20mg/QD(111 年 5 月 19 日至 111 年 9 月 8 日)。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「L4050」(關節病型乾癱)。</p> <p>(二)查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為乾癱性關節炎等，申請使用系爭藥品，符合前揭規定，分述如下：</p> <p>1. 依「全民健康保險乾癱性周邊關節炎使用 Golimumab 申請表」記載，DMARDs 使用情形綜整臚列如下表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>藥物名稱</th> <th>標準目標劑量</th> <th>使用劑量</th> <th>使用時間(月數)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Methotrexate(MTX)</td> <td rowspan="2">15mg/週</td> <td>15mg/週</td> <td>111年2月23日至111年5月18日(&gt;2.5個月)</td> </tr> <tr> <td>15mg/週</td> <td>111年9月9日至111年9月16日(本件送核受理日)&lt;1個月)</td> </tr> <tr> <td>Arheuma (leflunomide)</td> <td>20mg/day</td> <td>20mg/day</td> <td>111年5月19日至111年9月8日(&gt;3個月)</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 承上表所示，病人自 111 年 2 月 23 日至 111 年 9 月 16 日，已先後使用 MTX 及 leflunomide 治療至</p>	藥物名稱	標準目標劑量	使用劑量	使用時間(月數)	Methotrexate(MTX)	15mg/週	15mg/週	111年2月23日至111年5月18日(>2.5個月)	15mg/週	111年9月9日至111年9月16日(本件送核受理日)<1個月)	Arheuma (leflunomide)	20mg/day	20mg/day	111年5月19日至111年9月8日(>3個月)
藥物名稱	標準目標劑量	使用劑量	使用時間(月數)																	
Methotrexate(MTX)	15mg/週	15mg/週	111年2月23日至111年5月18日(>2.5個月)																	
		15mg/週	111年9月9日至111年9月16日(本件送核受理日)<1個月)																	
Arheuma (leflunomide)	20mg/day	20mg/day	111年5月19日至111年9月8日(>3個月)																	

附表						
衛部爭字第 1113403408 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>少 6 個月，且有 2 個月達標準目標劑量(標準目標劑量：MTX：15 mg/週、Arheuma 20mg/day)，依 111 年 8 月 11 日及 9 月 8 日之「乾癱性關節炎評估表」顯示，連續兩次關節炎評估間隔為 4 週，病人有三個以上疼痛及腫脹關節，顯示未達療效。</p> <p>五、綜上，以健保給付系爭項目尚屬病情所需，爰將原核定撤銷，同意所請。</p>

### 案例十

#### 案情摘要

系爭項目為「NINLARO CAPSULES 4 MG(BC27328100)」，卷無疾病惡化之臨床症狀佐證資料，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402727 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 1123402727 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	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	NINLARO CAPSULES 4 MG (BC27328100)	12		12	<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 9.77. Ixazomib (如 Ninlaro)</p> <p>「1. 與 lenalidomide 及 dexamethasone 合併使用於先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤病患…</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用： (1) 初次申請以 4 個療程為限，且需同時符合下列 I. 與 II. 的條件：</p> <p>I. 具有下列任一疾病惡化的指標：病患開始治療前須在連續 2 次評估中均符合同一指標 (但若為 plasmacytoma 體積增加，或是新產生的 bone lesion(s) 或新 plasmacytoma，則僅需 1 次評估)：</p> <p>i. 若前一線治療中 M component 最低值 <math>\geq 5</math> g/dL，血清 M 蛋白需增加 <math>\geq 1</math> g/dL；若前一線治療中 M component 最低值 <math>&lt; 5</math> g/dL，血清 M 蛋白需增加 <math>\geq 0.5</math>g/dL。</p> <p>ii. Urine M-protein 需增加 <math>\geq 0.2</math> gm/24Hr，且需較前一線治療中的最低值增加 <math>\geq</math></p>

附表 衛部爭字第 1123402727 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>25%。</p> <p>iii. 在 non-secretary myeloma 病患，骨髓漿細胞 (plasma cells) 之比例絕對值增加 <math>\geq 10\%</math>，且需較前一線治療中的最低值增加 <math>\geq 25\%</math>。</p> <p>iv. 新產生的 bone lesion(s) 或 plasmacytoma；且須經病理切片證實。</p> <p>v. Plasmacytoma 體積增加 <math>\geq 50\%</math>。</p> <p>vi. 周邊血液中漿細胞比例 <math>\geq 20\%</math> 或漿細胞絕對值 <math>\geq 2000</math> cells/<math>\mu</math>L。」</p> <p>二、健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核：沒有明顯疾病惡化之臨床症狀，未符合給付規範。</p> <p>(二) 複核：本案未符合臨床惡化。維持原議，非治療必須，不予給付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) 70 y/o male ECOG 2 had multiple myeloma, Lambda type, ISS stage III, used VTD 8 cycle since 108 年 9 月~109 年 6 月。</p> <p>(二) Then Free Lambda: 7880(110 年 4 月 7 日)，so used DRD since 110 年 4 月~111 年 3 月，then keep RD till 16cycle。</p> <p>(三) But Free Lambda: 5.54(111 年 5</p>



附表 衛部爭字第 1123402727 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>月)→63.9(111年9月), so used PD x6 cycle since 111年11月~112年4月。</p> <p>(四)F/U Free Lambda: 84.2 (誤植為50) (112年1月)→106(112年4月), so we change apply Ixazomib for him, Lambda上升且申請(系爭Ninlaro)做為第三線以上用藥, 腎功能差無法接受全身性化療, 希冀核准用藥。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「C9000」(多發性骨髓瘤, 未達到緩解)。</p> <p>(二)查所附資料, 依111年9月23日、10月24日、112年1月27日檢驗報告記載, Free Lambda 檢驗值分別為63.9 mg/L、50 mg/L、84.2 mg/L (參考值範圍5.71-26.3) 及112年4月19日門診病歷記載:「[Oncology Diagnosis and Previous Treatment History] 70 y/o male a case of 20190821 MM/light chain disease was noted after BM examination since 2019/08 under treatment...112年4月14日 eGFR 27...Free Lambda 106.0 mg/L」, 顯示病人為MM-light chain disease with CKD(MM: Multiple myeloma; 多發性骨髓瘤)患者, 且 Lambda type level</p>

附表 衛部爭字第 1123402727 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					有上升之情形，惟卷無前揭所列任一疾病惡化之臨床症狀佐證資料，申請使用系爭藥品，不符首揭「需同時符合…疾病惡化…」之規定。 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。

## 案例十一

案情摘要

系爭項目為「Ajovy solution for injection(KC01138210)」，卷無經 topiramate 藥物治療無顯著療效，或無法忍受其副作用病情記載及佐證資料，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402672 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 1123402672 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	○○○ ○○○ ○ 神經科	Ajovy solution for injection (KC01138210)	3		3	<p>一、相關規定</p> <p>(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 1.6.5. fremanezumab(如 Ajovy)：</p> <p>慢性偏頭痛之預防性治療：</p> <p>「4. 患者需經 3 種(含)以上偏頭痛預防用藥物(依據台灣頭痛學會發表之慢性偏頭痛預防性藥物治療準則之建議用藥，至少包括 topiramate)治療無顯著療效，或無法忍受其副作用」。</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、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：</p> <p>1. 112 年 2 月 18 日：近期偏頭痛預防藥物未含 Topamax，不符合藥物給</p>

附表 衛部爭字第 1123402672 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>付規定，如能提供近三個月藥物治療紀錄，可再評估是否符合規定。</p> <p>2. 112年3月6日：偏頭痛預防藥物長期未含 Topamax，與申請原因不符。</p> <p>(二) 複核： 近期偏頭痛預防藥物未含 Topamax，非因副作用停用 Topiramate，預防藥物合併治療至少三個月。</p> <p>四、申請理由要旨 病患過去經 3 種(含)以上偏頭痛預防用藥物…，Topamax、Suzin、CARDolol 等治療均無顯著改善，包括 Topamax 於 108 年 4 月 20 日-108 年 9 月 21 日期間使用並無療效，…，現經醫師評估決定採用 Ajovy 注射治療。</p> <p>五、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「G43711」(慢性無預兆偏頭痛，頑固性，伴有偏頭痛重積狀態)。 (二) 查卷附資料，申請人所附 112 年 3 月 4 日、4 月 1 日、5 月 27 日門診記錄及 112 年 4 月 29 日至 5 月 26 日頭痛日記，經比對健保署透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統交換之資料，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。 (三) 復依原送審資料，依病歷記錄，病</p>

附表 衛部爭字第 1123402672 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>人診斷為「Chronic migraine without aura…」，申請理由雖略稱：「病患過去經 3 種(含)以上偏頭痛預防用藥物，…，包括 Topamax 於 108 年 4 月 20 日-108 年 9 月 21 日期間使用並無療效」，惟依卷附 111 年 8 月 6 日至 112 年 2 月 11 日期間及 112 年 4 月 29 日之歷次門診記錄皆僅記載：「Plan to do:…off topamax」，均無 topamax(成分 topiramate)治療無顯著療效，或病人無法忍受其副作用之相關病情描述，申請使用系爭藥品，不符前揭「…至少包括 topiramate…治療無顯著療效，或無法忍受其副作用」之規定。</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>

## 案例十二

## 案情摘要

系爭項目為「Romiplostat 250ug injection(KC009272B4)」，依卷附資料，血小板檢驗值未大於 50,000/ $\mu$ L，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1123401814 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 1123401814 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	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	Romiplostat 250ug injection (KC009272B4)	24		24	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 4.3.2.2.Romiplostat (如 Romiplostat) 「1. 限用於成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用： (2)未曾接受脾臟切除且不適合進行脾臟切除之患者，並符合下列所有條件： III. 須經事前審查同意使用，首次申請限用三個月，如申請續用，之



附表						
衛部爭字第 1123401814 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>後每六個月須再次申請，血小板 <math>&gt;50,000/\mu\text{L}</math> 者方得續用。」。</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. 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</p> <p>(一) 初核：本藥品與 eltrombopag 僅得擇一使用，Platelet <math>&gt;50\text{K}</math> 方可續申請。</p> <p>(二) 複核：Platelet <math>&gt;50\text{K}</math> 方可續申請。</p> <p>四、申請理由要旨</p> <p>ITP 患者，續用治療，個案因近期須接受大腸鏡檢查及疝氣手術，且其治療前血小板低於 <math>5,000/\mu\text{L}</math> (治療後 <math>3,000/\mu\text{L}</math>)。</p> <p>五、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「D69.3」(免疫性血小板缺乏性紫斑症)。</p> <p>(二) 依健保署 112 年 5 月 10 日提供之「○○○事前審查申請歷程」資料</p>

附表						
衛部爭字第 1123401814 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>顯示，該署於 111 年 11 月 15 日、112 年 1 月 31 日分別核定同意備查系爭藥品各 8 劑、24 劑在案，申請人復於 112 年 3 月 24 日(本件送核受理日)申請續用系爭藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查卷附資料，健保署受理申請人申復日期為 112 年 4 月 14 日，核定日期為 112 年 4 月 25 日，則申請人所附 112 年 4 月 27 日紙本「病歷紀錄」資料，日期已在健保署複核核定日期之後，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>(四) 復依原送審資料，依病歷記載，病人診斷為「免疫性血小板缺乏性紫斑症」，依 112 年 3 月 23 日血液檢驗結果顯示，血小板檢驗值為 <math>31 \times 10^3 / \mu\text{l}</math>，未大於 <math>5,000 / \mu\text{L}</math>，申請續用系爭藥品，不符前揭「血小板 <math>&gt; 50,000 / \mu\text{L}</math> 者方得續用」之規定。</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，以維護病人權益，併予敘明。</p>

案例十三

案情摘要

系爭項目為「OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL(KC01013229)」，依「病理切片報告」顯示，病人經platinum類化學治療後，無癌變情形，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403964 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 1113403964 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	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL (KC01013229)	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9.69.免疫檢查點PD-1、PD-L1抑制劑(如nivolumab製劑)： 「1.(4)泌尿道上皮癌 II.先前已使用過platinum類化學治療失敗後疾病惡化的局部晚期無法切除或轉移性泌尿道上皮癌成人患者。」 (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」。

附表 衛部爭字第 1113403964 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、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：111年9月15日磁振造影 No significant local recurrence is noted in this study;complete remission after localtherapy，不符合本保險藥品"局部晚期無法切除或轉移性泌尿道上皮癌"給付之規定。</p> <p>(二)複核:110年11月25日CT scan顯示 s/p OP for bladder cancer，no local recurrence，no distant metastases，不屬於給付範圍，目前MRI亦無復發現象，不應再申請。</p> <p>四、申請理由要旨</p> <p>(一)去年審核的時候已經核准，為何現在拿去年的報告來說不符合給付範圍？</p> <p>(二)病人目前使用免疫製劑病情已經有所改善，CT報告可以佐證，所以才申請續用，如果因為突然停止用藥</p>

附表 衛部爭字第 1113403964 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>導致病情復發，那這情形如何解決?</p> <p>五、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C679」 (膀胱惡性腫瘤，未特定)。</p> <p>(二) 依健保署 111 年 12 月 6 日提供 「○○○事前審查申請歷程」顯示，申請人醫院於 111 年 6 月 8 日 (該署免除事前審查申請作業，院所自主管理期間)，申報使用系爭 OPDIVO 藥品 12 劑，復於 111 年 10 月 27 日(本件送核受理日)申請續 用系爭 OPDIVO 藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查申請人透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統上 傳之「17627205-2. pdf」檔案，其中 111 年 6 月 7 日急診生化報告、 111 年 5 月 3 日門就診病歷、110 年 7 月 21 至 7 月 25 日臺安醫院出 院病歷摘要單，經比對健保署透過前開系統交換之資料，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>(四) 復依原送審資料，依病歷紀錄，病 人為 bladder cancer, T2N0M0, stage II status 患者，申請續用 系爭 OPDIVO 藥品，不符前揭規 定，分述如下：</p> <p>1. 病人於 110 年 12 月 14 日至 111 年 6 月 9 日接受 gemcitabine 及 cisplatin(platinum 類)治療，依</p>

附表 衛部爭字第 1113403964 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>111 年 4 月 22 日「病理切片報告」記載：「Urinary bladder, Muscle layer, biopsy, no carcinoma involvement」，顯示經 platinum 類化學治療後，無癌變之情形，申請使用系爭 OPDIVO 藥品，已不符首揭「先前已使用過 platinum 類化學治療失敗後疾病惡化的局部晚期無法切除或轉移性泌尿道上皮癌成人患者」之規定。</p> <p>2. 申請理由雖略稱：「去年審核的時候已經核准，為何現在拿去年的報告來說不符合給付範圍？病人使用免疫製劑病情已經有所改善，CT 報告可以佐證」云云，惟查卷無 CT 報告供審核，且經詢據健保署 111 年 12 月 19 日提具意見表示，略以：「該病人最早事前審查同意的日期為 111 年 6 月 8 日」等語。</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>



案例十四

案情摘要

系爭項目為「Herceptin solution for injection(KC01065221)」及「Perjeta Vial 420mg(KC00942233)」，未併用Docetaxel藥品，且病歷無標靶藥物併化學治療產生副作用及針對副作用處置無效之相關記載，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403894 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 1113403894 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	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	Herceptin solution for injection (KC01065221)	9		9	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 (一) 9.18.Trastuzumab(如 Herceptin)： 「2.轉移性乳癌。 (3)轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用；但與 pertuzumab 及 docetaxel 併用時，不在此限。」。 (二) 9.70.Pertuzumab(如 Perjeta)： 「1.Pertuzumab 與 Herceptin
		Perjeta Vial 420mg (KC00942233)	9		9	

附表 衛部爭字第 1113403894 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>(trastuzumab)及 docetaxel 併用於治療轉移後未曾以抗 HER2 或化學療法治療之 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)轉移性乳癌病患。」。</p> <p>二、健保署初、複核意見 未依規定併用 docetaxel，合併使用 Capecitabine，不予同意。</p> <p>三、申請理由要旨 病人於 111 年 3 月診斷為 breast cancer, Her-2 3+, bone, brain and liver metastasis，自 111 年 4 月起接受 herceptin, pertuzumab and taxane/ carboplatin 治療，療效顯著，但因副作用無法持續接受針劑化學治療，故自費 Xeloda，與現行雙標靶藥物併用。</p> <p>四、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「C50919」(女性乳房未明示部位惡性腫瘤)。 (二) 依健保署 111 年 11 月 30 日提供「○○○事前審查申請歷程」顯示，申請人醫院於 111 年 4 月 1 日首次經健保署核定同意使用系爭 Herceptin、Perjeta 藥品各 9 劑，復於 111 年 10 月 17 日(本件送核受理日)申請續用系爭藥品，先予敘明。 (三) 查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為「Left breast cancer」，申</p>

附表 衛部爭字第 1113403894 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>請續用系爭 Perjeta 及 Herceptin 藥品，不符前揭規定，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依 111 年 3 月 23 日「病理組織檢查報告」記載：「Addendum report...Her-2：3+...Pathology Diagnosis 1. Breast, left, core needle biopsy：invasive carcinoma, grade III 2. Lymph node, left axilla, biopsy：metastatic carcinoma」，顯示病人為 HER2 過度表現之轉移性乳癌患者。</li> <li>2. 申請理由雖略稱：「111 年 4 月起接受 herceptin, pertuzumab and taxane/carboplatin 治療，但因副作用無法持續接受針劑化學治療」，惟病歷未見標靶藥品併化學治療產生副作用及針對副作用處置無效之相關記載，且「Progress Note」記載：「2022. 03. 26 Start dual blockade+weekly paclitaxel+carboplatin... 2022. 7. 20 dual blockade+ weekly paclitaxel+ carboplatin...Date 20221007... Order...Regimen：Pertuzumab+ Herceptin Cycle：9... Pertuzumab...ST...Trastuzumab... ST」，顯示僅使用 Pertuzumab 及 Herceptin 治療，未併用 Docetaxel 藥品，不符前揭</li> </ol>

附表 衛部爭字第 1113403894 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					「Pertuzumab 與 Herceptin( trastuzumab)及 docetaxel 併用」之規定。 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。

### 案例十五

#### 案情摘要

系爭項目為「Stivarga Film-Coated Tablets 40mg(BC26168100)」，依卷附資料，病人病症已有惡化情形，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403467 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 1113403467 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	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	Stivarga Film- Coated Tablets 40mg (BC26168100)	360		360	<p>一、相關規定</p> <p>(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 9.51.Regorafenib (如 Stivarga):</p> <p>「1. 轉移性大腸直腸癌(mCRC):</p> <p>(2)須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 8 週為限，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)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、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：Suspicious RML and RLL base metastasis。</p> <p>(二)複核：you should compare the PET performed in last Oct,</p>

附表 衛部爭字第 1113403467 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>i. e., prior to stivarga which was approved first time in this Jan, between the PET performed in this Aug, which did show new nodules。</p> <p>四、申請理由要旨 110 年 10 月與 111 年 8 月正子影像都有看到 RML lesion 且變化不大，使用 stivarga 後，LUL 及 RLQ lesion stationary，在疾病控制上有效。</p> <p>五、病歷記載、病情部分 (一)申請書所載傷病名稱為「C18.9」(結腸惡性腫瘤)。 (二)依健保署 111 年 10 月 21 日提供「○○○事前審查申請歷程」顯示，健保署於 111 年 2 月 10 日核定同意備查系爭 Stivarga 共 360 錠在案，其後申請人於 111 年 5 月 10 日申請續用系爭藥品，健保署於 111 年 5 月 19 日依該署因應 COVID-19 之調整作為辦理暫停審查，由申請人依給付規定自主管理，之後申請人於 111 年 8 月 31 日(本件送核受理日)再次申請續用系爭 Stivarga 藥品，先予敘明。 (三)查申請人所附 111 年 10 月 11 日病歷紀錄、111 年 10 月 12 日列印之檢驗資料，日期已在健保署 111 年 9 月 22 日複核核定日期之後；另所附 110 年 10 月 19 日正子斷層造影</p>



附表 衛部爭字第 1113403467 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>檢查報告影本及 110 年 10 月 8 日、111 年 8 月 23 日影像資料影本，經比對健保署透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統交換之檔案，非原送審查之病歷資料，均屬爭議審議階段始提出之病歷，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。</p> <p>(四)復依原送審資料，依 111 年 8 月 16 日病歷紀錄，病人診斷為「Malignant neoplasm of colon, unspecified」等，於 111 年 2 月 15 日開始使用系爭 Stivarga 藥品治療，惟姑不論卷無 111 年 5 月申請人於院所自主管理期間初次申請續用系爭藥品之影像學資料供核，且依 111 年 8 月 30 日正子斷層造影檢查報告記載：「One newly developed small nodule about 0.7 cm in RML...Another irregular nodule in RLL base with mildly larger in size...Suspicious RML and RLL base metastasis」，顯示病情已惡化，同意健保署意見，申請續用系爭藥品，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，以維護病人權益，</p>

附表						
衛部爭字第 1113403467 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					併予敘明。

### 案例十六

#### 案情摘要

系爭項目為「NUBEQA F.C. Tablets 300 mg (BC27936100)」，依卷附資料，病人 PSA doubling time 小於 10 個月，且前列腺癌無遠端轉移，申請使用系爭項目，核符規定。

衛部爭字第 1113400636 號

審定		
主文	原核定撤銷，同意所請如附表。	
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 1113400636 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	○○○ ○○○ ○ 泌尿科	NUBEQA F.C. Tablets 300 mg (BC27936100)	360	360		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 9. 94. Darolutamide(如 Nubeqa)：

附表 衛部爭字第 1113400636 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>「1. 治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌(high risk nmCRPC)的成年男性。</p> <p>3. 初次申請時需檢附病理報告、使用雄性素去除療法紀錄，系列 PSA 和睪固酮數據，三個月內影像報告證明無遠端轉移。</p> <p>5. PSA doubling time ≤ 10 個月。…」。</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、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：PSA is within normal limit, Bone scan and CT both showed normal。</p> <p>(二)複核：PSA is within normal limit, 沒有附使用雄性素去除療法紀錄。</p>

附表 衛部爭字第 1113400636 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>四、申請理由要旨 患者 65 y/o with history of DM 20 years and HCVD，為 very high risk nmCRPC with PSADT：3.2 months。患者(ECOG：0)經 15 個月 Leuplin 治療後已進展為 (very high risk)nmCRPC with PSA doubling time PSADT：3.2 months 符合健保 nmCRPC 使用規範。</p> <p>五、病歷記載、病情部分 (一)申請書所載傷病名稱為「C61」(攝護腺惡性腫瘤)。 (二)查所附資料，健保署受理申請人申復日期為 111 年 2 月 22 日，核定日期為 111 年 2 月 24 日，則申請人所附 111 年 2 月 24 日、3 月 1 日「門診紀錄」、2 月 24 日「檢驗報告單」，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。 (三)復依原送審資料，病人診斷為「Malignant neoplasm of prostate」等，申請使用系爭藥品，核符前揭規定，分述如下： 1. 依 107 年 12 月 25 日病理報告記載：「Prostate adenocarcinoma，Pathologic stage：pT3bN1，cM0，iPSA 10，Grade Group 3，R0，stage IVA(AJCC，8th)」，顯示病人為前列腺癌患者，病理分期為 pT3bN1，cM0，stage IVA。</p>

附表 衛部爭字第 1113400636 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. 110 年 8 月 19 日病歷記載：「65 y/o male...108-1-19: Post robotic RRP...109-09-17: Start Eligard...109-12-10 PSA&lt;0.04, 110-03-04 PSA&lt;0.04 give Eligard...」並處方 Zoladex 藥品，顯示病人於 108 年 1 月 19 日接受根治性前列腺切除術，109 年 9 月 17 日及 110 年 3 月 4 日、8 月 19 日分別以 Eligard(成分：Leuprorelin)、Zoladex 藥品，進行雄性素去除治療。</p> <p>3. 依 110 年 8 月 3 日、111 年 1 月 14 日、1 月 27 日、2 月 8 日「檢驗報告單」記載，PSA 值分別為 0.644、1.93、2.94、3.53 ng/mL，顯示於 110 年 8 月至 111 年 2 月計 6 個月期間，PSA 值由 0.644 ng/mL 上升至 3.53 ng/mL，增加 4 倍多，PSA doubling time 小於 10 個月。</p> <p>4. 復依 111 年 1 月 27 日 Bone scan 及 1 月 30 日 CT 報告記載：「No evidence of bone metastasis...」、「prostate cancer s/p operate No well distended of UB」，顯示無遠端轉移之情形。</p> <p>5. 承上，依病歷紀錄，病人為高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌 (nmCRPC) 患者，經雄性素去除療法治療，PSA 值已上升至 2ng/mL 以</p>

附表						
衛部爭字第 1113400636 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>上，且 PSA doubling time 小於 10 個月內，Bone scan 及 CT 報告無遠端轉移，符合前揭「治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌(high risk nmCRPC)…PSA doubling time<math>\leq</math>10 個月」之規定。</p> <p>六、綜上，以健保給付系爭項目尚屬病情所需，爰將原核定撤銷，同意所請。</p>



六、護理訪視費

案例一

案情摘要

系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅(05303C)」，卷無尿路感染之相關資料，且護理紀錄衛教內容皆雷同，未見衛教說明與執行成效，不足以支持系爭護理訪視費項目之必要性。

衛部爭字第 1123402587 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	<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> <p>審定理由 一、查卷附資料，渠等個案，系爭項目均為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅(05303C)」，分述如下：                      (一)○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A, 1.收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2.醫囑需每99天檢驗血液及尿液，只見血液補上之數據，尿液多次評估疑似UTI，但均未見檢驗數據或評值結果。3.個案每7天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有鼻胃管及導尿管留置，診斷為「J449慢性阻塞性肺病」等，醫囑更換導尿管時間為7天，111年11月3日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「沉澱物易阻塞」，惟對於需7日更換導尿管之理由未盡說明，111年11月有4次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。                      (二)○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A, 1.收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2.醫囑需每99天檢驗血液及尿液，只見血液補上之數據，尿液多次評估疑似UTI，但均未見檢驗數據或評值結果。3.個案每7天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，</p>

依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有鼻胃管及導尿管留置，診斷為「I69364 左側非優勢側之其他癱瘓症候群，腦梗塞後遺症」等，醫囑更換導尿管時間為 7 天，111 年 11 月 3 日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「易有沉澱物」，然無尿路感染之相關資料，且對於需 7 日更換導尿管之理由未盡說明，111 年 11 月有 4 次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(三) ○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A，1. 收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2. 醫囑需每 90 天檢驗血液及尿液，只見血液補上之數據，尿液多次評估疑似 UTI，但均未見檢驗數據結果。3. 111/9/22 至 112/2/16 已超過醫囑 90 天/次，未依醫囑檢驗尿液相關數據。4. 個案每 7 天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有鼻胃管及導尿管留置，診斷為「I610 非創傷性腦半球皮質下出血」，醫囑更換導尿管時間為 7 天，111 年 10 月 19 日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「much urine sediment」，然無尿路感染之相關資料，且對於需 7 日更換導尿管之理由未盡說明，111 年 11 月有 4 次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(四) ○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A，1. 延長收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2. 醫囑需每 90 天檢驗血液及尿液，只見補上 111/12/20，非 111/11 月(含)前之檢驗數據，尿液多次評估疑似 UTI，但均未見檢驗數據結果。3. 106/11 /1 收案之個案已超過醫囑 90 天/次，未依醫囑檢驗尿液相關數據。4. 個案每 7 天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有導尿管留置，診斷為「I639 腦梗塞」等，醫囑更換導尿管時間為 7 天，111 年 10 月 5 日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「尿管沉澱物多，易滲尿

	<p>阻塞」，然無尿路感染之相關資料，且對於需 7 日更換導尿管之理由未盡說明，111 年 11 月有 4 次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，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>
--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二、三、四類(在合理量內)1. 在宅(05321C、05305C、05303C)」，「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」內容與「巴氏量表」記載不符，不足以支持系爭護理訪視費項目之必要性。

衛部爭字第 1123401643 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	<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> <p>審定理由 一、查卷附資料，渠等 4 案，分述如下：                      (一) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1. 在宅(05321C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫不全及有誤，如醫囑壓瘡未勾選、主責護理師為徐○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、訪視及記錄人員應相同；資料書寫不完整」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「其他外因所致之續發性帕金森症」等，該申請書所載主責護理師為「徐○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「醫囑」欄未勾選壓瘡，與「傷口紀錄單」記載：「…傷口部位:右足跟…壓力性損傷」不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日 111 年 10 月 12 日申報系爭項目之必要性。                      (二) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1. 在宅(05321C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，</p>

居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫有誤，如由口進食為何巴氏量表評估進食為0分、主責護理師為徐○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、護理師訪視與記錄者應同一人；資料書寫應注意其完整性」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「急性腎衰竭」等，該申請書所載主責護理師為「徐○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「進食」欄位勾選為「由口進食」，與「巴氏量表」之進食項目記載：「分數0」，內容說明為「無法自行取食或耗費時間過長」不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日111年10月24日申報系爭項目之必要性。

(三) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1. 在宅(05305C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫不全有誤，如醫囑壓瘡未勾選，進食為由口進食，為何巴氏量表為0分、主責護理師為朱○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、護理師訪視與記錄者應同一人；資料書寫應注意其完整性」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「未明示部位之泌尿道感染」等，該申請書所載主責護理師為「朱○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「進食」欄位勾選為「由口進食」、「醫囑」欄未勾選壓瘡，分別與「巴氏量表」之進食項目記載：「分數0」，內容說明為「無法自行取食或耗費時間過長」、「傷口紀錄單」記載：「…傷口部位:右足跟…壓力性損傷」均不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日111年10月11日申報系爭項目之必要性。

(四) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1. 在宅(05303C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫有誤，如進食由口進食，為何巴氏量表評估進食為0分、主責護理師為朱○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、護理師訪視與記錄者應同一人；資料書寫應注意其完整性」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「顱骨及顏面骨之惡性腫瘤」等，該申請書所載主責護理師為「朱○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「進食」欄位勾選為「由口進食」，與「巴氏量表」之進食項目記載：「分數0」，內容說明為「無法自行取食或耗費時間過長」不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日111年10月14日申報系爭項目之必要性。

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、另建請貴居家護理所於資料送審前，先行檢視資料正確性、完整性，以維自身權益，併予敘明。
--	--

七、部分負擔

案例

案情摘要

系爭項目為「部分負擔」，系爭就醫日之相關診斷及病情記載，非屬重大傷病之相關治療，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403792 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>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、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「重大傷病部分負擔補付專案審查」爭議案，系爭項目為「部分負擔」，健保署初、複核意見為「根據病歷記載，主治醫師認為外傷性蜘蛛網膜下出血不符急性 CVA」、「出院診斷:highly suspected traumatic SAH 以外傷認定，除非後續診斷有改變」，依病歷紀錄，病人因 Dizziness and then syncope/c head injury，於 110 年 12 月 13 日至 111 年 1 月 10 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「SAH-Diffuse SAH, s/p EVD+ICP monitoring on 2021/12/11→DSA:No abnormal vascular lesion Head injury」，申請理由雖稱：「患者為不明原因蜘蛛網膜下腔出血，屬於出血性腦中風之一」，惟依「特約醫事服務機構住院醫療服務點數清單」顯示，申報診斷碼及名稱為「S06.6X0 Traumatic subarachnoid hemorrhage without loss of consciousness」，及出院病歷摘要記載：「診斷：出院：1.Diffuse SAH, highly suspected traumatic head injury related s/p EVD+ICP</p>

		<p>monitoring on 2021/12/11, s/p V-P shunt on 12/28」，該診斷非屬重大傷病項目，則系爭住院期間之相關診療，即非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭部分負擔費用，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>
--	--	--



八、精神醫療治療

案例一

案情摘要

系爭項目為「特殊心理治療-六歲以上至未滿十六歲(45088C)」，病歷紀錄簡略，無具體治療內容相關紀錄，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402204 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	<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> <p>審定理由</p> <p>一、相關規定</p> <p>(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五節精神醫療治療費診療項目「特殊心理治療(45088C)」註：「利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。」</p> <p>(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(十三)精神科審查注意事項</p> <p>「5. 申報各項精神醫療治療費診療項目之案件送審時，須檢附就診當次及前後看診或治療之個別化紀錄…各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：</p> <p>(3)特殊心理治療(45087C、45088C、45089C):…乙、須有討論具體內容摘要。丙、使用心理治療技巧之描述。</p> <p>(4)深度心理治療(每40分鐘)(intensive individual psychotherapy)45013C、45090C、45091C:…丙、申報時並應附治療紀錄且記錄須有討論具體內容之摘要，內容如次：A.須有治療過程之記載。B.須有健全化病患心理防衛機轉或發展新的或有效適應技巧之描述。C.須有改善內容之描述。D.治療時間至少須40分鐘」</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行110年5月至111年7月「以通訊診療提供45088C(特殊心理治療-六歲以上至未滿十六歲)等精神科治療適當性專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「特殊心</p>

	<p>理治療-六歲以上至未滿十六歲(45088C)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0114A、0181A、0217A」，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Attention-deficit hyperactivity disorder, unspecified type」，該系爭就醫日110年5月28日病歷紀錄簡略，僅記載：「Interact well during family days. Worry about COIVD-19. family members and classmates. 在家會流鼻血. psychoeducation. 母親擔心體重上不來」，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>(二)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Attention-deficit hyperactivity disorder, combined type」，該系爭就醫日110年6月1日病歷紀錄簡略，僅記載：「在家裡上課，喜歡在家裡上課，比較安全，Worry about COIVD-19. 在家裡跟爸爸媽媽相處很好. 心情很開心. the child is happy and cooperate the school course well now. Parent had no worries」，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>(三)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Attention-deficit hyperactivity disorder, combined type」，該系爭就醫日110年6月9日病歷紀錄簡略，僅記載：「比要喜歡在學校上課，因為可以跟同學一起玩；會擔心 COIVD-19. 害怕不能出去玩」，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>(四)其餘個案，病歷紀錄簡略，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</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>
--	---

案例二

案情摘要

系爭項目為「支持性心理治療(45010C)」，病歷內容簡略且制式，核與規定不符。

衛部爭字第1123401855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	<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> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(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五節精神醫療治療費(節錄)</p> <table border="1" data-bbox="480 1024 1377 1508"> <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>45010C</td> <td>支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>97</td> </tr> </tbody> </table> <p>(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、(十三)、5.「申報各項精神醫療治療費診療項目之案件送審時，須檢附就診當次及前後看診或治療之個別化紀錄。…45010C得採用定型化單張，並須有欄位做文字附加充分個別化的補充說明。不符者，不予支付。各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：…(2)支持性心理治療(45010C)須有本項治療標題及相關內容之記載。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行111年第3季「安養機構住民醫療費用加強審查專案」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「支持性心理治療(45010C)」，分述如下：</p> <p>(一) ○○○1人2案，健保署初、複核意見皆為「病歷描述過於簡略」、「無此項明顯之病歷紀錄」，依病歷紀錄，病人診斷皆為「妄想型思覺失調症」等，依系爭就醫日111年7月13日、7月27日病情</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	45010C	支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。	v	v	v	v	97
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									
45010C	支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。	v	v	v	v	97									

	<p>記載，內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，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，健保署初、複核意見皆為「病歷描述過於制式」、「無此項明顯之病歷紀錄」，依病歷紀錄，病人診斷皆為「失智症，伴有行為障礙」等，依系爭就醫日111年7月13日、8月10日病情記載，內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(三) ○○○1人2案，健保署初、複核意見皆「病歷描述過於制式」、「無此項明顯之病歷紀錄」，依病歷紀錄，病人診斷皆為「失智症，伴有行為障礙」等，依系爭就醫日111年7月13日、7月27日病情記載，內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(四) 其餘個案，或同意健保署意見；或內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，同意健保署意見，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>
--	--

九、特殊材料項目

案例

案情摘要

系爭項目為「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(1)，≥18歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs: 21903)」，申報自費特材項目-未支付，惟被替代之健保給付特材項目，未併同申報骨釘特材項目，核與規定不符。

衛部爭字第1123401557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 「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。」 「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。」 (二)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 「十四、DRG 案件使用符合『全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範』之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：(二)DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。(三)併同醫療費用申報資料：自費特材(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。」 二、查卷附資料，本件係健保署執行「110年度 Tw-DRG 案件品質專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下： (一)○○○案，系爭項目為「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(1)，≥18歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 碼:21903)」，健保署初、複核意見為「申



報自費品項替代品項只有 Plate，而沒有 Screw，不符合一般固定之原則，違反 DRG 申報規範」、「根據 DRG 申報規定，使用自費骨材須申報合理健保替代品項及數量，(該健保包裹式計價內容有包括合理數量骨板及骨釘)貴院僅申報鋼板無申報骨釘，不合醫療常規，違反 DRG 支付通則，整件 DRG 不予給付。」，依病歷紀錄，病人因 Right humeral head fx was told at LMD after falling down，於 110 年 1 月 9 日至 13 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Right proximal humeral two part fracture along surgical neck」等，於 110 年 1 月 11 日接受 ORIF for right proximal humerus fracture by Aophilos locking plate 手術，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，申報自費特材項目-未支付(醫令類別：E)為 FBZ007815013 ("SYNTHES" PHILOS PROXIMAL HUMER)，惟被替代之健保給付特材項目(醫令類別：D)，僅申報為 FBP03LN32NAE (T-PLATE 3.5 MMN)，未併同申報骨釘特材項目，顯示申報資料填載不完整，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。

(二)○○○案，系爭項目為「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，髌、足及股骨除外(1)，≥18 歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 碼:21903)」，健保署初、複核意見為「申報自費品項替代品項只有 Plate，無 Screw，不符合一般固定之原則，違反 DRG 申報規範」、「根據 DRG 申報規定，使用自費骨材須申報合理健保替代品項及數量，(該健保包裹式計價內容有包括合理數量骨板及骨釘)貴院僅申報鋼板無申報骨釘，不合醫療常規，違反 DRG 支付通則，整件 DRG 不予給付。」，依病歷紀錄，病人因 fall from bicycle ride，於 110 年 2 月 27 日至 3 月 3 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「left distal tibio-fibular closed fracture」，於 110 年 2 月 27 日接受 ORIF for left distal tibia fracture by Aplus locking plate 等手術，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，申報自費特材項目-未支付(醫令類別：E)為 FBZ003129007 (APS METAL PLATE&SCREW SYSTEM:D)、FBZ027409001 ("EXACTECH" OPTECURE ALLOGRAFT)，惟被替代之健保給付特材項目(醫令類別：D)，僅申報為 FBA041000NS1(CHRON OS GRANULE, 60% POROSITY, 1.0CC)、FBP022431NS(MINI STRAIGHT PLATE 3:6 HOLE 17:35MM)，未併同申報骨釘特材項目，顯示申報資料填載不完整，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。

(三)○○○案，系爭項目為「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，髌、足及股骨除外(1)，≥18 歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 碼:21903)」，健保署初、複核意見為「申報自費品項替代品項只有 Plate，無 Screw，不符合一般固定之原則，



	<p>違反 DRG 申報規範」、「根據 DRG 申報規定，使用自費骨材須申報合理健保替代品項及數量，(該健保包裹式計價內容有包括合理數量骨板及骨釘)貴院僅申報鋼板無申報骨釘，不合醫療常規，違反 DRG 支付通則，整件 DRG 不予給付。」，依病歷紀錄，病人因 Right upper arm pain with limited range of motion developed after traffic accident，於 110 年 8 月 31 日至 9 月 3 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Right humeral shaft transverse fracture」，於 110 年 9 月 1 日接受 ORIF for right humerus shaft fracture by AO locking plate 手術，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，申報自費特材項目-未支付(醫令類別：E)為 FBZ007815005 ( "SYNTHES" LC-LCP 4.5/5.0)、FBI028701001 ( "ALLOSOURCE" PUROS DEMINERALIN)，惟被替代之健保給付特材項目(醫令類別：D)，僅申報為 FBA041000NS1 ( CHRON OS GRANULE, 60 % POROSITY, 1.0CC)、FBP022235NS1 (LC-DCP 3.5 PLATE 4:12HOLE...)，未併同申報骨釘特材項目，顯示申報資料填載不完整，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。</p> <p>(四)其餘個案，或依病歷紀錄，不足以支持系爭 Tw-DRGs 項目之必要性；或同意健保署意見，申報系爭 Tw-DRGs 項目，不符首揭規定。</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>
--	---

## 十、其他案件

## 案例一

案情摘要

系爭項目為「電腦斷層造影-無造影劑(33070B)」，申請人未調閱影像或報告，於28日內門診跨院再執行電腦斷層造影檢查，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404059 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 19 條第 17 款 「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第 11 條 「保險醫事服務機構提供保險對象之診療服務時，應依醫療需要，讀取健保卡內已存放、上傳之就醫紀錄或保險醫事服務機構提供之保險對象就醫結果紀錄及醫療費用資料。但經保險對象設定密碼限制讀取資料者，不在此限。」</p> <p>(三) 衛生福利部中央健康保險署 107 年 12 月 12 日健保審字第 1070036475 號函要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>有關門診跨院 28 日內再執行電腦斷層掃描 (CT) 及磁振造影 (MRI) 之案件，為減少重複施作之浪費及民眾非必要檢查及輻射劑量曝露，自費用年 108 年 1 月起，若未讀取調閱病人已做檢查之影像及報告，卻逕自開立檢查單，將依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 19 條第 17 款不予支付。</li> <li>如有特殊情形需排除相關案件，得申報虛擬醫令代碼： <ol style="list-style-type: none"> <li>S001：保險對象因素，如保險對象設定密碼限制讀取資料、忘帶健保卡或已攜帶影像複製片等。</li> <li>S002：醫療院所因素，同體系醫事機構 HIS 資訊系統相同或透過衛生福利部全國醫療影像交換中心查閱，無須透過健保雲端查詢系統調閱之情形等。</li> </ol> </li> </ol>

	<p>(3) S003：系統因素，連線中斷或查無報告或影像等。</p> <p>(4) S004：其他因素，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。</p> <p>二、 健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核： CT/MRI 跨院 28 日內再次執行，未調閱影像或報告。</p> <p>(二) 複核： 1. CT/MRI 跨院 28 日內再次執行，未調閱影像或報告，依規定應予核扣。 2. 健保署 107 年 12 月 12 日以健保審字第 1070036475 號函知(略以)，自 108 年 1 月起，若未至雲端醫療影像資訊分享平台讀取調閱病人已做檢查之影像及報告，卻逕自開立檢查單，依全民健康保險法醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 19 條第 17 款不予支付。</p> <p>三、 健保署 112 年 9 月 27 日提具意見要旨</p> <p>(一) 依全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第 11 條：「保險醫事服務機構提供保險對象之診療服務時，應依醫療需要，讀取健保卡內已存放、上傳之就醫紀錄或保險醫事服務機構提供之保險對象就醫結果紀錄及醫療費用資料。但經保險對象設定密碼限制讀取資料者，不在此限。」，醫師於診療病人時，應依醫療常規，需掌握病人病史，善盡醫療上必要之注意，以確保醫療品質。</p> <p>(二) 該署自 107 年 1 月建置雲端醫療影像資訊分享平台，以供醫師讀取調閱病人醫療影像或報告。為減少重複施作檢查之浪費及民眾非必要檢查及輻射劑量暴露，並自 108 年 1 月起，若未讀取調閱病人已做檢查之影像及報告，卻逕自開立檢查單，將依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 19 條第 17 款不予支付。惟如有特殊情形需排除相關案件，得申報虛擬醫令代碼(S001、S002、S003、S004)。</p> <p>(三) 醫院應善盡保障病人減少重複施作檢查及民眾非必要檢查及輻射劑量暴露；且該署已勾稽健保醫療資訊雲端查詢系統及前一家院所健保卡資料上傳日期，本案執行前均已確認院所於民眾就醫時可於雲端查詢到前一家院所門診跨院 28 日內執行電腦斷層掃描(CT)影像或報告，才會納入「未調閱影像或報告而再次執行檢查」之檢核範圍，案內○○○○案，於 111 年 10 月 11 日於○○醫院就醫，當日執行 CT 檢查，該院業上傳影像，可查詢期間為 111 年 10 月 11 日至 112 年 2 月 8 日，爰此病人 111 年 10 月 26 日於申請人醫院就醫，醫師應調閱而未調閱影像，雖申請人醫院稱「懷疑腦部有新的狀況必須排除及有太多病人不主動說自己在</p>
--	---

	<p>他院做過檢查，不應歸責於醫師」，惟未對雲端系統未讀取影像或報告說明，故維持原核定不予補付。</p> <p>四、 審定理由</p> <p>(一) 查卷附資料，本件係健保署執行「門診 28 日內再執行 CT 及 MRI 卻未讀取調閱影像或報告(任一診療部位相同)專案審查」爭議案，健保署經勾稽發現申請人醫院有未讀取調閱病人已做電腦斷層造影檢查之影像，而逕予開立系爭電腦斷層造影檢查之情形，該署乃追扣保險對象○○○○案系爭電腦斷層造影檢查之費用。</p> <p>(二) ○○○○案，系爭項目為「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Other recurrent depressive disorders、Anxiety disorder, unspecified」等，依健保署提供「門診跨院 28 日內再執行 CT 及 MRI 卻未讀取調閱影像或報告(任一診療部位相同)明細報表」資料顯示，病人早於 111 年 10 月 11 日至他院接受電腦斷層造影檢查，並於 111 年 10 月 11 日即可查詢上傳之影像，申請人卻未讀取調閱病人已做檢查之影像，於系爭就醫日 111 年 10 月 26 日逕予開立系爭電腦斷層造影檢查，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。</p> <p>五、 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

系爭項目為「Sevikar(BC24929100)」及「Diovan(BC23373100)」，病人提前就醫，申請人未查證病人餘藥日數即重複開立相同藥品處方，核與規定不符。

衛部爭字第 1113402998 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 一、 相關規定

<p>理由</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 19 條第 9 款、第 10 款、第 17 款          「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：九、用藥種類與病情不符或有重複。十、用藥份量與病情不符。…十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法          第 22 條          「本保險處方用藥之用量規定如下：          一、處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則。          二、符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。          三、慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。」</p> <p>第 24 條          「同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。          保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。」</p> <p>(三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約          第 1 條第 1 項          「甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務。」</p> <p>第 17 條第 1 項第 4 款          「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：四、其他應可歸責於乙方之事由者。」</p> <p>(四) 行為時「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」(以下簡稱重複用藥費用管理方案)三、(二)、(四)、(五)。          三、方案內容          (二)實施藥品範圍：          「針對給藥日份 7 日(含)以上之全藥類藥品」          (四)重複用藥費用核扣對象：          核扣對象(慢性病連續處方箋以下簡稱慢連箋)</p>
-----------	---



核扣對象		院所自行調劑	交付藥局調劑
		一般案件、慢連箋案件 跨(同)保險醫事服務機構 處方(調劑)重複用藥案件	一般案件、慢連箋第1次 跨(同)保險醫事服務機構 處方重複用藥案件
處方院所	藥費	V	V

(五) 費用核扣原則

「1. 重複用藥日數計算

依同一病人不同處方之同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序,逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數<sup>註1</sup>,若病人仍有餘藥,但符合提前領藥規範<sup>註2</sup>,不計入重複用藥;不符合者,列入重複用藥日數計算。

註1:病人歸戶後之用藥剩餘日數係為以病人為中心,將所有領藥紀錄皆納入計算,包含依規定可提前領藥之案件(出國、返回離島、出海船員、罕病病人或經保險人認定確有必要之特殊病人等)。

註2:提前領藥規範係依「全民健康保險醫療辦法」第24條及第25條規定;另考量病人因病再次就醫,若餘藥日數小於等於10日則不計入重複用藥。但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。

註3:相關作業邏輯詳附件2。

附件2:作業邏輯說明一、虛擬代碼(一)檢核邏輯說明

代碼	處方(調劑)時若有餘藥是否視為重複用藥	當件領藥日數是否併入餘藥日數累算
R001	Y	接續計算
R002	N	接續計算
R003	N	重新計算
R004	N	接續計算
R005	N	重新計算
R006	N	接續計算
R007	N	重新計算
R008	N	接續計算

R001:因處方箋遺失或毀損,提供切結文件,提前回診,且經院所查詢健保雲端藥歷系統,確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品。

R002:因醫師請假因素,提前回診,醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查。

R003:經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。

R004:其他非屬 R001~R003 之提前回診或慢性病連續處方箋



		<p>提前領取藥品或其他等病人因素，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。</p> <p>R005：民眾健保卡加密或其他健保卡問題致無法查詢健保雲端資訊，並於病歷中記載原因備查。</p> <p>R006：配合分級醫療政策，病人由醫院轉診至院所後第 1 次就醫，並符合轉診申報規定之案件。</p> <p>R007：配合衛福部食品藥物管理署公告藥品回收，重新開立處方給病人，並於病歷中記載原因備查。</p> <p>R008：醫師查詢雲端或 API 系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含)10 天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查。</p> <p>2. 上開重複用藥依下列公式核減：          針對不符提前領藥規範或特定領藥原因之案件計算重複用藥日數核扣重複藥費＝該醫令處方(調劑)區間重複用藥日數*該醫令每日平均藥費。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：依「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組追扣補付核定總表」顯示，門診特定藥品跨院重複用藥費用核扣方案，追扣重複用藥費用總計 16,069 點。</p> <p>(二) 複核：依「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組追扣補付核定總表」顯示，申復受理 4,437 點，同意補付 2,972 點。不予補付理由略為：「重複用藥檢核邏輯認知落差」。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) ○○○案：當診電腦查核無餘藥，可能是當時健保雲端有誤。且病人於 109 年 10 月 28 日就診當時查藥歷即已知有在服用 Sevikar，但因有餘藥故請病人於 109 年 11 月 11 日再行回診開藥，而未於 10 月 28 日開藥。</p> <p>(二) ○○○案：病人長期在門診追蹤治療高血壓，門診時醫師並未發現有藥物重複過多，因此持續開立慢箋。</p> <p>四、 健保署提具意見要旨</p> <p>(一) 該署健保醫療資訊雲端查詢系統「雲端藥歷」頁籤(以下簡稱雲端藥歷)可提供院所於開立處方時，查詢病人就醫前二日之最近 6 個月門、住診(5 個月申報資料+最新 1~2 個月的健保卡上傳資料)開藥及領藥紀錄(資料來源含括本院、他院及社區藥局)，並可使用「門診特定藥品遵醫囑應餘用藥日數」查詢鈕，顯示「同成分同劑型」藥品之「同成分用藥結束日期」及「遵醫囑應餘用藥日數」，以避免當次開藥重複，另可選擇「圖形化查詢畫面」，以圖形化呈現之用藥資訊及時間序列。</p>
--	--	--

(二) 申請人主要爭點為「當診電腦查核無餘藥，可能是當時健保雲端有誤或病人長期在門診追蹤治療高血壓，門診時醫師並未發現有藥物重複過多，因此持續開立慢箋」，然經查對各案件主張理由與檢附資料，申請人院所確實了解重複用藥管理方案，並有該署提供個案重複用藥明細表供查證，另有雲端藥歷系統供醫師開立處方時查詢個案用藥及餘藥相關資訊。

(三) 針對爭議審議個案說明如下：

1. ○○○：藥品 BC24929100，重複用藥歷程如下：

(1)109 年 9 月 24 日於他院開立處方，領藥 30 日，藥量可使用至 109 年 10 月 23 日。109 年 10 月 20 日提早於他院開立處方，領藥 30 日，藥量可使用至 109 年 11 月 22 日，因餘藥未大於 10 日本筆無重複用藥。

(2)109 年 11 月 11 日申請人診所開立處方，領藥 28 日，前次藥量可使用至 109 年 11 月 22 日，餘藥 12 日。該項藥品依規定列入重複用藥計算，總計 12 日予以扣除。

2. ○○○：藥品 BC23373100，重複用藥歷程如下：

(1)109 年 9 月 24 日申請人診所開立慢性連續處方箋，領藥 28 日，藥量可使用至 109 年 10 月 21 日。109 年 10 月 17 日提早於藥局領取處方，領藥 28 日，藥量可使用至 109 年 11 月 18 日，因餘藥未大於 10 日本筆無重複用藥。109 年 12 月 6 日於藥局領取處方，領藥 28 日，藥量可使用至 110 年 1 月 2 日。

(2)109 年 12 月 17 日於申請人診所開立處方，領藥 28 日，前次藥量可使用至 110 年 1 月 2 日，至此，該項藥品依規定列入重複用藥計算，總計 17 日予以扣除。

(四) 申請人指稱已查詢雲端藥歷卻無重複用藥訊息，惟經查確實有重複用藥情事，故維持原核定不予補付。

#### 五、審定理由

(一) 按健保署為確保民眾用藥安全，自 100 年起即設定用藥重疊率指標定期提供院所自我管理，於 102 年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統供醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人完整用藥資訊，並於 104 年 7 月(費用年月)起分階段實施重複用藥費用管理方案，自 108 年第 4 季起針對給藥日份 7 日(含)以上之全藥類藥品列入管理，先予敘明。

(二) 查卷附資料，本件係健保署執行「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」爭議案，健保署發現申請人醫院申報保險對象○○○等案 109 年第 4 季醫療費用，有慢性病連續處方[如：治療血管相關用藥 Sevika(BC24929100)、降血壓藥物 Diovan(BC23373100)]重複用藥之情形，與前揭規定不符，乃核減 109 年 11 月至 12 月

份門診特定藥品用藥重複日數之藥品費用計 16,069 點，申復補付 2,972 點，申請人就不同意補付中之 2 案，計 241 點，向本部申請審議。

(三) 經查「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組特定藥品用藥重複明細表-跨(同)醫事機構」資料，健保署係以同一病人不同處方之同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數，當次給藥日數大於(含)7 日，經病人歸戶，其手邊餘藥大於 10 天者，納入核扣案件，但符合提前領藥規範，不計入重複用藥，並依前開重複用藥費用管理方案之費用核扣原則核扣系爭藥品費用，茲就系爭保險對象姓名、流水號、醫令代碼、給藥日數、前次連續用藥結束日期、(提前)領藥(就醫)日期、餘藥日數、重複用藥天數及核減藥費情形，綜整臚列如下表：

保險對象姓名	流水號	醫令代碼	給藥日數	前次連續用藥結束日期	(提前)領藥(就醫)日期	餘藥日數	重複用藥天數	核減藥費
○○○	593 (他院)	BC24929100	30	-	109/9/24	0	0	-
	523 (他院)		30	109/10/23	109/10/20	4	0	-
	9073 (系爭)		28	109/11/22	109/11/11	12	12	126

(四) 本件除經健保署提具意見論述甚詳外，承上表所示，以○○○案(流水號 9073)為例，申請人診所開立系爭「Sevikar (BC24929100)」藥品，前次處方箋連續用藥結束日期為 109 年 11 月 22 日，惟病人卻提前於 109 年 11 月 11 日就醫並領取相同藥物，餘藥日數計 12 日，已超過前開重複用藥費用管理方案所定餘藥日數(小於等於 10 日)2 日，則健保署依前揭規定及重複用藥費用管理方案之費用核扣原則，不予給付系爭費用，核屬有據；○○○案，不符規範領藥日數情形亦類如上表所示，經核亦無不妥。

六、 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

保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，未依法令規定報准支援及報經保險人同意，即為保險對象提供之醫療服務，核與規定不符。

衛部爭字第 1113400996 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	<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> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 24 條第 1 項： 「保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，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。」。</p> <p>二、 健保署審核意見 (一) 初核：以程序審查不予支付理由代碼(電腦處理部分)「K45 (看診醫師未報備)」，行政核減申請人申報 57 名保險對象由支援醫師○○○醫師(以下簡稱○醫師)於 110 年 10 月 1 日、5 日門診之相關費用共 31,504 點。 (二) 複核 1. 按全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 24 條第 1 項規定，保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，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。 2. 經查本案○醫師(D*****)原執登於○○○(以下簡稱 A)診所(機構代碼[以下同]○○○○○○○○○○)，於 110 年 10 月 1 日起執業異動，改執登於○○○(以下簡稱 B 診所)(○○○○○○○○○○)，應屬該診所本次申復檢附附件(新北市政府衛生局○年○月○日新北衛醫字第○○○○○○○○○○號函)說明三之原支援申請案自動失效情形。 3. 本案未符健保申報規範，不予補付。</p> <p>三、 審定理由 (一) 查卷附資料，本件係健保署執行系統檢核程序，發現申請人診所申報 110 年 10 月 1 日及 5 日之看診醫師○○○未經報備，以程序審</p>





## 案例四

案情摘要

系爭項目為「複雜Complicated(44008B)」，申報醫療費用自健保署受理日起，已逾2年，健保署不得追扣。

衛部爭字第 1123402039 號

審定	
主文	原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。
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 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。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「早療病患復健情形適當性專案審查」爭議案，渠等2案，系爭項目均為「複雜Complicated(44008B)」，分述如下： (一) 健保署審核意見要旨： 1. ○○○案 (1) 初核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0702A」，改支「中度-複雜(44014B)」。 (2) 複核：依據病歷記載，病況不符合發展遲緩個案。 2. ○○○案 (1) 初核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0702A」，改支「中度-複雜(44014B)」。 (2) 複核：依據病歷記載，病況不符合複雜治療。 (二) 依前揭醫療服務審查辦法規定，醫療服務點數追扣期間係以保險人受理申報案件2年內為之，申請人申報之110年1月份醫療費用，經詢據健保署112年7月25日提具意見表示，略以：「110年1月費用年月受理日期為110年2月8日」，則健保署於112年2月9日以健保桃字第○○○○○○○○○○號函追扣申請人110年1月份之醫療費用，已逾受理申報案件2年，申請人有無前揭



		<p>行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約之情事？因攸關本件追扣期間之計算，有查明之必要。</p> <p>三、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>
--	--	--

貳、牙醫

一、牙科處置及手術

案例一

案情摘要

系爭項目為「單純齒切除術(92015C)」，依卷附X光影像呈現之牙齒高度及位置，齒槽骨覆蓋牙齦程度，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402824 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	<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> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(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口腔顎面外科診療項目「單純齒切除術(92015C)」註：                      「1. 依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。…                      4. 適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。」</p> <p>(二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引                      柒、口腔顎面外科(節錄)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">92015C</td> <td>單純齒切除術</td> </tr> <tr> <td>適應症</td> <td>軟組織阻生齒</td> </tr> <tr> <td>Indications</td> <td>牙根彎曲須齒切除方能拔除者 翻瓣手術 Pell &amp; Gregory class IA, IB之阻生齒</td> </tr> </table> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「單純齒切除術(92015C)」，申報治療牙位為#38，健保署初、複核意見略為「0207D、改 92014C 支付」，改支「複雜性拔牙(92014C)」，依所附 X 光影像呈現之牙齒高度及位置，齒槽骨覆蓋牙齦程度不符系爭手術項目之適應症，同意健保署意見，系爭就醫日 111 年 12 月 5 日申報系爭項目，不符前揭規定，健保署原給付「複雜性拔牙(92014C)」項目及數量，已足敷治療所需，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>	92015C	單純齒切除術	適應症	軟組織阻生齒	Indications	牙根彎曲須齒切除方能拔除者 翻瓣手術 Pell & Gregory class IA, IB之阻生齒
92015C	單純齒切除術						
適應症	軟組織阻生齒						
Indications	牙根彎曲須齒切除方能拔除者 翻瓣手術 Pell & Gregory class IA, IB之阻生齒						

案例二

案情摘要

系爭項目為「手術拔除深部阻生齒(92063C)」，依卷附資料，患齒非屬完全性骨性阻生齒，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404153 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	<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> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(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</p> <p>1. 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。」</p> <p>2. 第三章第四節口腔顎面外科診療項目「手術拔除深部阻生齒(92063C)」註1.：</p> <p>「符合以下四者狀況之一者，得申報此項。</p> <p>(1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。</p> <p>(2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。</p> <p>(3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。</p> <p>(4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。」</p> <p>(二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引玖、附件</p> <p>「92063 圖例五(支付標準表附註條件3)狀況九：『上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於牙冠 1/3，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合</p>

	<p>面。』」。</p> <p>二、查卷附資料，渠等個案，系爭項目皆為「手術拔除深部阻生齒(92063C)」，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，申報治療牙位為#38，健保署初、複核意見為「0103D，X光所見#38不符92063C之申報標準，僅為水平阻生齒，請見支付標準表」、「第二大臼齒後緣離上升枝有一個crown的距離」，改支「複雜齒切除術(92016C)」，依系爭就醫日112年3月28日病歷紀錄，病人診斷為「Impacted teeth」，申請理由雖略稱：「病人是#38埋伏齒，臨床X光及手術所見…皆已符合全民健保牙醫門診總額臨床治療指引92063C圖例五(支付標準表附註條件3)狀況九…及符合健保支付標準92063C手術拔除深部阻生齒註：1.(1)完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖…」，惟依所附X光影像資料顯示，患齒#38牙冠未過深，非屬完全骨性阻生齒，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定，健保署原給付「複雜齒切除術(92016C)」項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(二)○○○案，申報治療牙位為#38，健保署初、複核意見為「0103D，X光所見#38不符92063C之申報標準，僅為水平阻生齒，請見支付標準表」、「第二大臼齒後緣離上升枝有1/2個crown的距離」，改支「複雜齒切除術(92016C)」，依系爭就醫日112年3月31日病歷紀錄，病人診斷為「Impacted teeth」，申請理由雖略稱：「病人是#38埋伏齒，臨床X光及手術所見…皆已符合全民健保牙醫門診總額臨床治療指引92063C圖例五(支付標準表附註條件3)狀況九…」，惟依所附X光影像資料顯示，患齒#38牙冠未過深，非屬完全骨性阻生齒，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定，健保署原給付「複雜齒切除術(92016C)」項目及數量，已足敷治療所需。</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>
--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板(92069B)」，卷無病人已經藥物或其他保守性治療 1 個月仍無效之相關佐證紀錄，核與規定不符。

衛部爭字第 1123403378 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	<p><b>依據</b> 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><b>卷證</b> 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> <p><b>審定理由</b></p> <p>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 (一) 第一部總則十四、「本標準…第三部…中有關期間天數之定義如下：…一個月係指三十天…。」 (二) 第三部第三章第四節口腔顎面外科(第一項處置)診療項目「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板(92069B)」註： 「1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中二項(含)以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「咬合板治療專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板(92069B)」，分述如下： (一) ○○○案，申報治療牙位為FM，健保署初、複核意見略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「病人於 110 年 6 月 28 日病歷首次記載顱顎關節症狀診斷，並印模製作咬合板，於 110 年 7 月 8 日給予咬合板並申報咬合板處置，未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder, unspecified」，申請理由雖略稱：「患者於 110 年 6 月 28 來診主訴為：Severe pain and mouth open limitation of right jaw joint since 2 months ago, try rehabilitation and medication first but in vain. 已服藥及復健保守性治療兩個月…故給予患者"複雜型顱顎障礙之特殊咬合板"治療…」，惟卷無病人接受保守性治療之起迄時間紀錄資料，尚難佐證病人已經藥物或其他保守性治療一個月仍無效，同</p>



	<p>意健保署意見，系爭就醫日 110 年 7 月 8 日申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(二) ○○○案，申報治療牙位為 FM，健保署初、複核意見略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「病人於該院初次診察即印模製作咬合板並申報咬合板處置，未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定…」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder, unspecified」，申請理由雖略稱：「患者於 110 年 7 月 29 日主訴為長期嚴重磨牙，肌肉疼痛及張口困難已"數個月"時間，在"他院以藥物及復健治療多次"仍未見改善…故給予咬合板治療…」，惟系爭就醫日 110 年 7 月 29 日病歷僅記載：「S: Muscle pain and severe teeth attrition since several months ago…」，無病人經藥物或其他保守性治療一個月仍無效之相關紀錄，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(三) ○○○案，申報治療牙位為 FM，健保署初、複核意見略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「病人於 110 年 7 月 29 日病歷首次記載顫顎關節症狀與診斷，當日印模製作咬合板，於 110 年 8 月 9 日給予咬合板並申報咬合板處置，未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定…」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder, unspecified」，申請理由雖略稱：「患者於 110 年 7 月 29 日主訴為左側顫顎關節疼痛及張口困難已"3 年"時間，在"他院以中醫中藥及復健治療多次"仍未見改善，經診斷為顫顎障礙合併關節內紊亂及肌筋膜炎疼痛，故於 110 年 8 月 9 日給予咬合板治療…」，惟卷無病人接受保守性治療之起迄時間紀錄資料，尚難佐證病人已經藥物或其他保守性治療一個月仍無效，同意健保署意見，系爭就醫日 110 年 8 月 9 日申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(四) 其餘個案，健保署初、複核意見皆略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「…未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定」，依病情記載，或無病人接受保守性治療之起迄時間紀錄資料，尚難佐證病人已經藥物或其他保守性治療一個月仍無效；或無病人經藥物或其他保守性治療一個月仍</p>
--	--



	無效之相關紀錄，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。 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。
--	--

案例四

案情摘要

系爭項目為「乳牙複雜性拔牙(92092C)」，依卷附資料，病人乳牙牙根未大於二分之一，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404202 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	<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> <p>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)第三部第三章第四節口腔顎面外科診療項目「乳牙複雜性拔牙(92092C)」註： 「1. 限乳牙申報。 2. 適應症包含： (2)乳牙牙根大於二分之一。」。</p> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「乳牙複雜性拔牙(92092C)」，申報治療牙位為#61、#62、#52、#51、#72、#84、#82、#74，申報總量為9次，健保署初、複核意見為「0103D, Tooth #51、#61 從 X 光上顯示為牙根吸收&gt;1/2，不符乳牙複雜拔牙」、「所附光碟片依舊顯示，Tooth #51、#61 從 X 光上顯示為牙根吸收&gt;1/2，不符乳牙複雜拔牙」，牙位#51、#61 改支「乳牙拔除(92055C)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Dental caries, unspecified」，申請理由雖略稱：「臨床照片可以很確定牙根&gt;1/2…」，惟依 112 年 5 月 9 日 X 光影像資料顯示，患齒#51、#61 乳牙牙根吸收超過 50%，足見乳牙牙根小於二分之一，同意健保署意見，健保署原給付「乳牙拔牙(92055C)」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>

案例五

案情摘要

系爭項目為「複雜齒切除術(92016C)」，依卷附資料，病人無牙冠部分超過三分之二被骨質包埋之情形，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401638 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口腔顎面外科第二項門診手術(節錄) <table border="1" data-bbox="427 1017 1353 1455"> <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>92016C</td> <td>複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1. 依臨床治療指引相關條文申報。 2. 包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>4300</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	92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1. 依臨床治療指引相關條文申報。 2. 包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	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												
92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1. 依臨床治療指引相關條文申報。 2. 包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300												
(二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引之柒、口腔顎面外科																		
		92016C	複雜性齒切除術															
適應症 Indications		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																
二、 查卷附資料，系爭項目為「複雜齒切除術(92016C)」，申報治療牙位為#48，健保署初、複核意見皆為牙醫專業審查不予支付理由代碼「0207D」，改支「單純齒切除術(92015C)」，依病歷及X光影像資料顯示，阻生齒牙冠明顯高於第二大白齒咬合平面，雖靠近神經管，惟無牙冠部份超過三分之二被骨質包埋之情形，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，不足以支持系爭「複雜齒切除術(92016C)」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。

二、牙周病學

案例一

案情摘要

系爭項目為「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」，病歷未詳細記載牙周發炎情形，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403417 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三部第五章牙周病統合治療方案三、支付規範(節錄)					
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
91022C	牙周病統合治療第二階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄。 2. 須檢附牙菌斑控制紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	5000
91023C	牙周病統合治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2. 完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週(≥二十八天)後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒，至少一個部位深度降低2mm者達七	v	v	v	v	3200

			<p>成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。</p> <p>3. 須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。</p>						
<p>二、查卷附資料，渠等2案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，系爭項目為「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」，健保署初、複核意見為牙醫專業審查不予支付理由代碼「0101D」、「未附治療前X光片」，依病歷紀錄，病人診斷為「牙周病」，申請理由雖略稱：「申覆送核時，已檢附術前全口x光」，惟110年12月21日、111年2月11日(系爭執行日)病情分別僅記載：「C.F. :Tx: Check Panoramic radiography films for initial examination in this year:l.Missing teeth :18 17 28 38 36 48...Periodontal condition :periodontitis」、 「主訴：Ask for perio tx」，無詳細記載牙周發炎情形，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二) ○○○案，系爭項目為「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」，健保署初、複核意見為牙醫專業審查不予支付理由代碼「0101D」、「未附治療前X光片」，依病歷紀錄，病人診斷為「牙周病」，申請理由雖略稱：「申覆送核時，已檢附術前全口x光」，惟110年12月21日、111年2月8日(系爭執行日)病情分別僅記載：「主訴：ask for dental scaling. C.F. :Tx: Check Panoramic radiography films for initial examination in this year:l.Missing teeth :18 28 38 48... Periodontal condition :periodontitis」、 「主訴：Ask for perio tx」，無詳細記載牙周發炎情形，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>									

案例二

案情摘要

系爭項目為「牙周病支持性治療(91018C)」，卷無已完成患者第三階段 91023C 牙醫醫療服務之紀錄，核與規定不符。

衛部爭字第 1123400420 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	<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> <p>審定理由</p> <p>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三部第三章第三節牙周病學診療項目「牙周病支持性治療(91018C)」註： 「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。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「11104-11107 中牙醫 REA 追扣專案審查」爭議案，系爭項目為「牙周病支持性治療〈91018C〉」，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)」、「不符支付標準規定，申報 91018C，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 90 天。」，查病歷資料，無申請人醫院已完成患者第三階段 91023C 牙醫醫療服務之紀錄，此亦有申請人自承：「因為行政疏漏，導致後續回診維持治療未注意未完成申報 91023C」等語可稽，則申請人於系爭就醫日 111 年 4 月 28 日施行及申報系爭項目，同意健保署意見，不符前揭「限經…執行院所內已完成第三階段 91023C 患者」之規定，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>

三、根管治療

案例一

案情摘要

系爭項目為「乳牙多根管治療(90018C)」，依卷附資料，病人後牙多根管非所有根管均達根尖二分之一，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401297 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三部、肆、根管治療： 「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 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。」。 二、 查卷附資料，系爭「乳牙多根管治療(90018C)」項目，申報治療牙位為#54、#64，健保署初、複核意見為「64 DB canal RCF< 1/2 root length」、「0213D，64 DB canal RCF< 1/2 root length 不符合牙醫醫療費用審查注意事項第肆條第三項規定 91008C 改支 91006C」，改支「乳牙根管治療(90016C)」，申請理由雖略稱：「病患因年紀小不配合，在全身麻醉下進行治療，手術視野受限，MB、P 皆封填到底，唯 DB canal 約封填剛好至一半。」，惟依所附 X 光影像資料顯示，64 DB canal RCF< 1/2 root length，同意健保署意見，健保署原給付「乳牙根管治療(90016C)」項目，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。



案例二

案情摘要

系爭項目為「難症特別處理-根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算(90093C)」及「難症特別處理-符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(三根管)(90096C)」，卷無難症困難度之相關病情記載，且未檢附原始 X 光片以茲證明根管鈣化或彎曲，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401558 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 1. 第三部第三章第二節根管治療(節錄) <table border="1" data-bbox="432 1115 1380 1719"> <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>90093C</td> <td>難症特別處理 Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項： — 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>1000</td> </tr> <tr> <td>90096C</td> <td>— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。（三根管） 上列支付項目90091C-90098C申報說明如下 列： 註： 1. 90091C-90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片（X 光片費用已內含）。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>2400</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	90093C	難症特別處理 Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項： — 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	1000	90096C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。（三根管） 上列支付項目90091C-90098C申報說明如下 列： 註： 1. 90091C-90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片（X 光片費用已內含）。	v	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																				
90093C	難症特別處理 Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項： — 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	1000																				
90096C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。（三根管） 上列支付項目90091C-90098C申報說明如下 列： 註： 1. 90091C-90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片（X 光片費用已內含）。	v	v	v	v	2400																				
2. 附表 3.3.1 根管治療充填達根尖 2mm 申請給付原則 「四、根管充填的 X 光片上必須顯示出根管緻密而均質的型態，不得有明顯之充填縫隙，並且與原始 X 光片相比較，必須呈現出明顯清創、修形或充填程度之改善。」 (二) 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 「一…根管治療(ENDO)：…根管難症處理，應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後 X 光片舉證，病歷應詳載 X 光片診斷或發																										

		<p>現。」</p> <p>二、查卷附資料，系爭項目為「難症特別處理-根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折(非同一醫療院所)，以根管數計算(90093C)」、「難症特別處理-符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(三根管)(90096C)」，申報治療牙位皆為#27，健保署初、複核意見皆略為「0104D、0101D、0209D，未檢附原始 X 光片，需有原始 X 光片做比較，無法判斷是否為根管鈣化、特別彎曲等情況」，申請理由雖略稱：「(110 年)12 月 13 日 X 光片為 DB canal 彎曲情形，11 月 8 日顯微鏡影像 2 張為 MB canal 和 P canal 鈣化根管，12 月 24 日封填完後 X 光確定為 3 根管大白齒，並完成根管封填」，惟依系爭執行日 110 年 12 月 24 日病情記載：「身體檢查發現：Tooth 27 percussion(-), mesio-distal fracture line under pen light. 檢驗檢查發現：X-ray: Tooth27 no caries was noted, no apical lesion. Micro: distal crack line was noted from marginal ridge to pulp distal wall(It is not on furcation) 27 B」，未有難症困難度之相關病情記載，且未檢附原始 X 光片以茲證明根管鈣化或彎曲，同意健保署意見，不足以支持施行系爭根管治療項目之必要性。</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>
--	--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「恆牙根管治療(單根)(90001C)」，未檢附術後 X 光片，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403144 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服務給付項目及支付標準第三部第三章第二節診療項目「恆牙根管治療(單根)(90001C)」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>(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，系爭「恆牙根管治療(單根)(90001C)」項目，申報治療牙位為#21、#22，健保署初、複核意見為「無 X 光片」、「未附 RCF 術後 X 光片(插針非術後 X 光片)」，申請理由略稱：「診斷為急性根尖牙周組織炎，為執行恆牙根管治療，故檢附該案#21、#22 RCF 術後 X-ray 影像」，查健保署申復核定函日期為 111 年 4 月 14 日，則申請人透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統上傳之檢查日期 111 年 4 月 21 日根尖影像，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，復依原送審資料，未檢附術後 X 光片，施行並申報系爭根管治療項目，不符前揭規定，同意健保署意見，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>
--	--

參、中醫  
一、藥費  
案例

案情摘要

系爭項目為「每日藥費(A21)」，依卷附資料，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，核與規定不符。

衛部爭字第1123404544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，○○○1人2案，系爭項目均為「每日藥費(A21)」，健保署初、複核意見皆為「0302C、0304C，痛經症非慢性疾病病名，不應開立超過7天以上處方，而該日就診申報14天用藥，不符醫學常規，故刪其7天藥費」，部分不予給付各7日藥費，申請理由雖略稱：「病人屬長期痛經的患者，而痛經症的觀察本需以月為單位做調理，才有辦法在下次月經來潮時，觀察痛經的症狀是否改善，事實符合長期治療的要件，因此直接給予兩周做治療…」，惟依病歷紀錄，病人診斷皆為「痛經症」，非屬全民健康保險醫療辦法第14條所定慢性病範圍，且該系爭就醫日112年5月3日(流水號24)、24日(流水號232)病情記載，不同療程之病情記載雷同，每一療程無療效評估，未能辯證論治，且四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，健保署原給付系爭項目各7日份，已足數診療所需，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。

二、針灸治療處理費

案例一

案情摘要

系爭項目為「高度複雜性針灸－未開內服藥(D08)」，同一療程之申報針灸項目第2-4次與第1次複雜度不同，且不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，不足以支持系爭項目之必要性。

衛部爭字第1123400207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四部 (一) 第六章針灸合併傷科治療處置費通則： 「二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。」(節錄)																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">F01</td> <td>一般針灸合併一般傷科</td> <td rowspan="2">227</td> </tr> <tr> <td>--另開內服藥</td> </tr> <tr> <td>F02</td> <td>--未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">F03</td> <td>一般針灸合併中度複雜性傷科</td> <td rowspan="2">427</td> </tr> <tr> <td>--療程第一次</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">F35</td> <td>中度複雜性針灸合併一般傷科</td> <td rowspan="2">327</td> </tr> <tr> <td>--另開內服藥</td> </tr> <tr> <td>F36</td> <td>--未開內服藥</td> <td>327</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">F37</td> <td>中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科</td> <td rowspan="2">427</td> </tr> <tr> <td>--療程第一次</td> </tr> <tr> <td>F38</td> <td>--療程第二至六次－另開內服藥</td> <td>327</td> </tr> <tr> <td>F39</td> <td>--療程第二至六次－未開內服藥</td> <td>327</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	支付點數	F01	一般針灸合併一般傷科	227	--另開內服藥	F02	--未開內服藥	227	F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	427	--療程第一次	F35	中度複雜性針灸合併一般傷科	327	--另開內服藥	F36	--未開內服藥	327	F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	427	--療程第一次	F38	--療程第二至六次－另開內服藥	327	F39	--療程第二至六次－未開內服藥
編號	診療項目	支付點數																														
F01	一般針灸合併一般傷科	227																														
	--另開內服藥																															
F02	--未開內服藥	227																														
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	427																														
	--療程第一次																															
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科	327																														
	--另開內服藥																															
F36	--未開內服藥	327																														
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	427																														
	--療程第一次																															
F38	--療程第二至六次－另開內服藥	327																														
F39	--療程第二至六次－未開內服藥	327																														

(二) 第四章針灸治療處置費(節錄)		
編號	診療項目	支付點數
D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
D06	—未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計十分鐘以上。	327
(三) 第五章傷科治療處置費(節錄)		
編號	診療項目	支付點數
E03	中度複雜性傷科 通則： 2. 支付規範： (2)治療時間合計十分鐘以上。 療程第一次 —另開內服藥	427
E04	—未開內服藥	427
E13	不分療程 —另開內服藥	327
E14	—未開內服藥	327
二、查卷附資料，渠等個案，分述如下：		
(一) ○○○1人3案，系爭項目為「中度複雜性針灸合併一般傷科-另開內服藥(F35)」(流水號 200161、200421)、「中度複雜性針灸合併一般傷科-未開內服藥(F36)」(流水號 200078)，健保署初、複核意見均為「0101C、0201C，未寫治療時間區間長短」、「9/2、9/12、9/26 未於病歷記載治療時間」，F35 部分改支「一般針灸合併一般傷科-另開內服藥(F01)」(流水號 200161、200421)、F36 部分改支「一般針灸合併一般傷科-未開內服藥(F02)」(流水號 200078)，依病歷紀錄，病人診斷為「Other spondylosis with myelopathy, cervical region」等，申請理由雖略稱：「時間確實記載於治療處置碼內(執行時間-起和執行時間-迄)，...在病歷中，大多有確實記載起迄時間」，惟系爭執行日 111 年 9 月 2 日、12 日、26 日病歷紀錄皆未有治療時間之記載，同意健保署意見，不足以支持申報系爭項目之必要性，健保署原給付系爭項目及數量，已足敷診療所需。		
(二) ○○○1人2案，系爭項目為「中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科-療程第一次(F37)」(流水號 200144)、「中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科-療程第二至六次-另開內服藥(F38)」(流水號 200144、200414)、「中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科-療程第		



		<p>二至六次-未開內服藥(F39)」(流水號 200144)，健保署初、複核意見為「0101C、0201C，未寫治療時間區間長短」、「治療時間應記載於病歷中，但查病歷中並無記載治療時間」，F37、F38 部分改支「一般針灸合併一般傷科-另開內服藥(F01)」、F39 部分改支「一般針灸合併一般傷科-未開內服藥(F02)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Lumbago with sciatica, unspecified side」等，申請理由雖略稱：「時間確實記載於治療處置碼內(執行時間-起和執行時間-迄)，符合健保標準，雖未呈現於 S/O，但確實呈現於病歷上」，惟系爭執行日 111 年 9 月 5 日至 9 月 19 日病歷紀錄皆未有治療時間之記載，同意健保署意見，不足以支持申報系爭項目之必要性，健保署原給付系爭項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>(三) ○○○案，系爭項目為「一般針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次(F03)」，健保署初、複核意見為「0101C、0201C，未寫治療時間區間長短」、「治療時間應記載於病歷中，但查病歷中並無記載治療時間」，改支「一般針灸合併一般傷科-未開內服藥(F02)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Other spondylosis, site unspecified」等，申請理由雖略稱：「時間確實記載於治療處置碼內(執行時間-起和執行時間-迄)，符合健保標準，雖未呈現於 S/O，但確實呈現於病歷上」，惟系爭執行日 111 年 9 月 12 日病歷紀錄未有治療時間之記載，同意健保署意見，不足以支持申報系爭項目之必要性，健保署原給付系爭項目及數量，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>
--	--	---

案例二

案情摘要

系爭項目為「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」，同一療程之申報針灸項目第 2-4 次與第 1 次複雜度不同，且不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，不足以支持系爭項目之必要性。

衛部爭字第 1123404536 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

<p>審定理由</p>	<p>【注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p>					
	<p>一、 相關規定</p> <p>(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)第四部中醫</p> <p>第四章針灸治療處置費(節錄)</p> <table border="1" data-bbox="475 484 1326 778"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 484 587 534">編號</th> <th data-bbox="587 484 1174 534">診療項目</th> <th data-bbox="1174 484 1326 534">支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 534 587 778">D08</td> <td data-bbox="587 534 1174 778">                     高度複雜性針灸                      —未開內服藥                      註：                      2. 支付規範：                      (3)治療時間合計二十分鐘以上                 </td> <td data-bbox="1174 534 1326 778">427</td> </tr> </tbody> </table> <p>第六章 針灸合併傷科治療處置費通則</p> <p>「二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。</p> <p>六、同一療程案件，以療程第一次(起始次)申報之針灸合併傷科複雜度為主，療程第二次至第六次(後續治療)僅執行針灸或傷科單一治療處置者，應以本部第四章及第五章同一複雜度(或一般)之針灸或傷科規範申報。」</p> <p>(二) 衛生福利部中央健康保險署 112 年 5 月 15 日健保醫字第 1120661186 號函要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫…業經衛生福利部公告自 112 年 3 月 1 日起實施，為利中醫院所申報新增「中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯」並置於該署全球資訊網。</li> <li>2. 「中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯」(以下簡稱問答輯)             <p>「項次 3：說明一、現行中醫支付標準第四章針灸治療，同一療程之後續治療係依起始次之針灸複雜度申報，惟後續治療如有跨章節執行傷科或針傷合併治療需要，涉及針灸部分仍依起始次之複雜度申報…」</p> </li> </ol> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「中醫申報針傷療程第 2-6 次與第 1 次複雜度不符專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸—未開內服藥(D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第 2-6 次複雜度與第 1 次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第 2-6 次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫</p>	編號	診療項目	支付點數	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上
編號	診療項目	支付點數				
D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上	427				

	<p>療服務點數及醫令清單」及健保署提供「○○○申報針灸療程」資料顯示，就醫日期：112年2月20日，就醫序號：0017，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計1次(執行時間為112年2月20日)，申報「一般針灸-另開內服藥(D01)」項目計1次(執行時間為112年3月3日)，申報系爭「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」項目計2次(執行時間為112年3月1日、6日)，顯示同一療程之申報針灸項目第2、4次(D08)與第1次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Other incomplete lesion at unspecified level of cervical spinal cord, subsequent encounter」等，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(二) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第2-6次複雜度與第1次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第2-6次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，就醫日期：112年3月21日，就醫序號：0018，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計2次(執行時間為112年3月21日、27日)，申報系爭「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」項目計1次(執行時間為112年3月23日)，顯示同一療程之申報針灸項目第2次(D08)與第1次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Cerebral infarction, unspecified」，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(三) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第2-6次複雜度與第1次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第2-6次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，就醫日期：112年3月15日，就醫序號：0011，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計4次(執行時間為112年3月15日、24日、27日、29日)，申報系爭「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」項目計2次(執行時間為112年3月17日、22日)，顯示同一療程之申報針灸項目第2、3次(D08)與第1次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Traumatic subdural hemorrhage without loss of consciousness, initial</p>
--	--

	<p>encounter」等，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(四) 其餘個案，依病歷及「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」記載，同一療程申報針灸項目第 2-6 次與第 1 次複雜度不同，且不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>三、 至本件 15 案，除○○○案外，其餘 14 案，申請理由雖均略稱：「…因配合『支付標準部分診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』，造成首次針灸應申報複雜性針灸，調整為一般針灸…追回差額改核一般針灸，與現行健保規則有出入…」云云，惟經健保署代表於另案列席本部全民健康保險爭議審議會 112 年 12 月份臨時委員會議說明，略以：依據支付標準第四部中醫通則四規定，針灸、傷科需連續治療者，同一療程以六次為限；另「問答輯」項次 3 規定，現行中醫支付標準第四章針灸治療，同一療程之後續治療係依起始次之針灸複雜度申報，爰針灸同一療程第 2 至 6 次複雜度應與第 1 次相同。且為維護保險對象醫療品質，支付標準第四部中醫通則五已規定平均每位專任醫師每月申報高度複雜性針灸合理量上限為七十人次，超過部分改以內含一般針灸醫令計算；該署配合前開規定，已建置醫令自動化審查系統(REA)進行檢核，並核扣超出之費用，爰院所應依實際執行之醫療服務核實申報，以避免申報資料與病歷記載不符等語，是以本件同一療程之針灸處置複雜度，第 2 至 6 次申報項目應與第 1 次相同，至於申報高度複雜性針灸超過合理量之計算，係由健保署以醫令自動化審查系統(REA)進行檢核，並依前開規定核扣超出之費用，所稱核有誤解。</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>
--	---

三、門診診察費

案例

案情摘要

系爭項目為「一般門診診察費(A82)」，依卷附資料，相同診斷連續治療，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不足以支持系爭項目之必要性。

衛部爭字第 1123404399 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 「十五、同一療程中，只開給內服藥不施以傷科針灸治療而再申報診察費者，應以不同疾病且於病歷上有詳細記載者為限。」。 二、 查卷附資料，系爭項目為「一般門診診察費(A82)」，健保署初、複核意見為「0101C、0201C、0501C， 4月22日病歷主診斷及內容為紅斑性狼瘡，與4月28日相同，應屬同一療程不應再申請診察費。」，申請理由雖略稱：「因此次回診以眼症為主，與先前症狀不同，故以新療程治療此病人」，惟依112年4月22日、28日(系爭)病歷紀錄，病人診斷皆為「SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, ORGAN OR SYSTEM INVOLVEMENT UNSPECIFIED」等，係為同一診斷之連續治療，其針灸、內服藥等處置，屬同一療程，同意健保署意見，不足以支持系爭診察費之必要性，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。