

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 | <table border="1"><tr><td>依據</td><td>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。</td></tr><tr><td>卷證</td><td>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。】</td></tr><tr><td>審定理由</td><td><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四部中醫醫療費用審查注意事項</p><p>「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。」</p><p>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。</p></td></tr></table> | 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四部中醫醫療費用審查注意事項</p> <p>「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。」</p> <p>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。</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。 | | | | | | |
| 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四部中醫醫療費用審查注意事項</p> <p>「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。」</p> <p>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。</p> | | | | | | |