



衛生福利部

確保審議品質 提昇審議效能

ISBN 978-986-05-1322-6



9 789860 513226

GPN:1010502908

工本費:100元

全民健康保險爭議審議案例彙編 (九) 醫療篇

衛生福利部全民健康保險爭議審議會 編印

全民健康保險爭議審議 案例彙編 (九)

醫療篇



牙 · 中 · 西醫案例

事前審查案例

行政審查案例

程序案例



衛生福利部全民健康保險爭議審議會
MOHW NHI Dispute Mediation Committee

中華民國105年12月

全民健康保險爭議審議案例彙編(九)
~醫療篇~

衛生福利部
全民健康保險爭議審議會
MOHW NHI Dispute Mediation Committee

中華民國一零五年十二月

全民健康保險爭議審議案例彙編(九) — 醫療篇目錄

序言

緒言

壹、各科共通性案例 (14 則)	1
貳、牙醫案例 (15 則)	23
參、中醫案例 (9 則)	56
肆、西醫案例 (43 則)	67
一、內科系 (13 則)	67
二、外科系 (11 則)	88
三、婦產科 (3 則)	110
四、小兒科 (3 則)	115
五、其他科別 (10 則)	124
六、居家護理 (3 則)	149
伍、事前審查案例 (28 則)	154
一、免疫調節劑項目 (6 則)	154
二、抗腫瘤藥物項目 (5 則)	167
三、骨科特殊材料項目 (3 則)	178
四、牙醫診療項目 (3 則)	183

五、其他項目（11 則）	189
陸、行政審查案例（18 則）	212
一、牙醫行政（4 則）	212
二、中醫行政（2 則）	221
三、西醫行政（12 則）	225
柒、程序案例（5 則）	252

序言

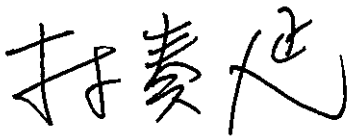
全民健保自民國 84 年開辦至今，透過「一代健保」、「二代健保」之落實，大幅改善我國醫療照護之可近性，社會不再出現「因貧忌醫」或「因病而貧」的遺憾，成功使得我國醫療照護達到極高之水平，因而享譽國際。當初立法時一併考量到全民健保在強制納保的前提下，衍生的爭議具有「專業且量多」之特性，所以在法制上設計全民健康保險爭議審議程序，旨在獨立於保險人(即健保署)之外，以超然、公正、客觀之類似仲裁者角色，為第三者審查，一方面避免保險人被質疑球員兼裁判，一方面提供民眾一道迅速、有效之救濟管道。

全民健康保險爭議審議業務推展迄今逾二十年，每件爭議案件之審定，均由來自醫療、法學、保險界的專家學者及本部代表所組成的委員會議，以專業、公正及客觀的立場共同審議，除審酌臨床處置與病人醫療需要，以實證醫學為判斷基礎外，亦同時兼顧依法行政及醫學倫理之衡平要求，於個案審議時更以宏觀的角度對全民健保法令制度疑義提出具體建議，以供保險人作為檢討法令及修正實務作業之參考，讓爭議審議功能再提昇。

有感於大量爭議案件的發生，多因民眾或醫療機構對全民健保法令規定不熟悉或認知有誤所致，為協助宣導全民健保法令、教育與輔導民眾、特約醫療機構，以及提升醫療品質，本部全民健康保險爭議審議會多年來已蒐集具代表性、

教育性之爭議案例，集結編印案例彙編計八輯，提供各界查閱參考。為協助閱讀者透過全民健保實務上之爭議案例，迅速明瞭自身的健保權利與義務之所在，以及避免因為對全民健保法規的陌生而影響權益，本部全民健康保險爭議審議會再次選錄了近 2 年（103 年 9 月至 105 年 9 月）值得各界參考之健保爭議案例，編撰為案例彙編（九）－權益篇及醫療篇，欣見付梓，特誌數語，以之為序。

衛生福利部

部長  謹識

中華民國 105 年 12 月

「全民健康保險爭議審議案例彙編（九）-醫療篇」緒言

- 一、本彙編（九）共收集具代表性及宣導性之案例 132 則，均係由本保險醫事服務機構對保險人就醫療費用事項所為之核定案件發生爭議時，依行為時全民健康保險法及全民健康保險爭議事項審議辦法規定申請審議之案件，分成各科共通性案例、牙醫案例、中醫案例、西醫案例、事前審查案例、行政審查案例及不涉及實體認定之程序案例等 7 大類。
- 二、本彙編之案例係選錄本部全民健康保險爭議審議會自 103 年 10 月起至 105 年 9 月審定之醫療爭議案件，所援引之法規條文均以案件發生當時之法規內容為準。
- 三、本次編印，除按案例類別排序外，於介紹案例前，先臚列案情摘要，並依案例性質歸類排序，以便利使用者查考。另基於「個人資料保護法」等規定，除刪除案例之案號及流水號外，另涉及相關醫事服務機構、醫事人員及病患等之名稱、姓名及地址等資料均以符號（代號）替代或予以刪除。

壹、各科共通性案例

共通性案列 1

摘要:主診斷和重大傷病診斷碼為相關診斷，屬免部分負擔範圍。

費用年月： 104/09 類別： 門診

科別： 精神科 性別： 女性

診斷： 其他特定之癡呆症，有行為障礙、憂鬱性疾患，NEC、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
部分負擔〈999B〉	1	1			查所附病歷資料，依所附的病歷看，目前無譫妄的狀況。但仍有老年失智症的情形，之前申請使用DONEPEZIL已獲通過，使用屬合理。雖申報診斷碼和重大傷病診斷不同，可是其主診斷和重大傷病診斷碼為相關的診斷，所請尚屬合理，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。

共通性案例 2

摘要:保險人複核除同意部分補付外，又追加初核未核減且未申復之項目，容有未洽。

費用年月： 103/01 類別： 門診

科別： 家醫科 性別： 女性

診斷： 心臟節律不整、急性上呼吸道感染

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由																				
		撤銷	駁回	撤銷另核																					
攜帶式心電圖記錄檢查 (18019B)	1			如理由	<p>一、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：0509A。</p> <p>(二) 複核：0505A、0510A，改核扣18005B(1,200點)、18006B(600點)，同意部分補付1,000點。</p> <p>二、 審定理由</p> <p>(一) 查所附「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」等資料顯示申報、初核及複核核扣情形如下：</p> <table><tr><th>項目代號</th><th>總量</th><th>申報</th><th>初核</th><th>複核</th></tr><tr><td>18005B</td><td>1</td><td>1,200</td><td>0</td><td>1,200</td></tr><tr><td>18006B</td><td>1</td><td>600</td><td>0</td><td>600</td></tr><tr><td>18019B</td><td>1</td><td>2,800</td><td>2,800</td><td>1,800</td></tr></table> <p>(二) 經查卷附資料，施行系爭18019B項目，符合病情所需，惟健保署複核除同意部分補付</p>	項目代號	總量	申報	初核	複核	18005B	1	1,200	0	1,200	18006B	1	600	0	600	18019B	1	2,800	2,800	1,800
項目代號	總量	申報	初核	複核																					
18005B	1	1,200	0	1,200																					
18006B	1	600	0	600																					
18019B	1	2,800	2,800	1,800																					

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					1,000點外，又追加初核未核減且未申復之18005B項目1,200點、18006B項目600點，容有未洽，爰將原核定撤銷，由保險人查明後另為適當之核定。

共通性案例 3

摘要：為住診一般案件，非屬門診論病例計酬，保險人卻以論病例計酬案件理由整筆刪減，則所屬案件分類及其支付項目究應為何？尚有未明。

費用年月： 104/05 類別： 住院

科別： 泌尿科

診斷： 腎結石、泌尿道感染、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般病床住院診察費(天) (02008B)	2			如理由	<p>一、 健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 0406A(手術前未施予適當檢查、評估及藥物治療／未確立診斷，由病歷紀錄缺乏實施該手術／處置之具體理由)。</p> <p>(二) 602A(論病例計酬項目不當移轉至他次門／住診施行，應不予支付，改納入論病例計酬案件內申報)、0605A(必要執行項目／申報項目未執行或不符規定)、0406A(手術前未施予適當檢查、評估及藥物治療／未確立診斷，由病歷紀錄缺乏實施該手術／處置之具體理由)。</p> <p>二、 申請理由要旨</p>
急性一般病床(床/天) - 病床費 (03004B)	1			如理由	
急性一般病床(床/天) - 護理費 (03029B)	1			如理由	
血液及體液葡萄糖 (09005C)	2			如理由	
尿路結石體外震波碎石術 第一次 (50023B)	1			如理由	
尿路結石體外震波碎石術 第二次 (50024B)	1			如理由	

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
朦朧麻醉 (96003C)	1			如理由	<p>本案為住診一般案件，以住院執行處置項目核實申請費用(整筆案件實際醫療費用計48877點)，並未以高出實際醫療費用之定額案件(51295點)來申請費用，且該案為住診案件，非屬門診論病例計酬案件，然卻以論病例計酬案件理由來整筆刪減此案(一般案件並未有如此規定，且目前體外震波碎石案件也尚未納入住院DRG實施項目)，本案術前相關檢查是在門診執行，醫療院所提供病患完整醫療處置是事實。</p> <p>三、查所附資料，分述如下：</p> <p>(一) 依病歷記載，渠等2案，施行尿路結石體外震波碎石術(ESWL)尚屬合理，惟無須於住院進行ESWL處置之必要性。</p> <p>(二) 如前所述，本案如依健保署改核意見所載，納入論病例計酬案件內申報，則所屬案件分類及其支付項目究應為何？尚有未明，爰將原核定撤銷，由健保署查明後另為適當之核定。</p>
EXTENSION TUBE WITH T (CEE01A110NPW)	1			如理由	
DOSIFIX VOLUME CONTROL ADMINISTRATION SET 120ML WITH VALVE (CLS040520VBB)	1			如理由	
3 CC SYRINGE (NCS010003NBD)	1			如理由	
INTROCAN CERTO-IV CATHETER 14:22G (PU)(產品型號 0405-5756,64,72,627 2,99) (NDN041422CBB)	3			如理由	
VOREN-K SUGAR COATED TABLETS 25MG "YUNG SHIN"(鋁箔/膠箔) (AB453051G0) (其餘醫令略)	2			如理由	

共通性案例 4

摘要:屬同一手術野之對稱器官，係指兩側之手術費用。

費用年月： 102/12 類別： 住院

科別： 神經外科 性別： 男性

診斷： 震顫麻痺、充血性心臟衰竭、心房顫動

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
深部腦核電生理定位 (56037B)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)第二部第二章第七節手術通則五:「同一手術野內之對稱器官,除有特殊規定者外,係指兩側之手術費用」。</p> <p>二、 查卷附資料,依病歷紀錄,系爭處置係屬同一手術野之對稱器官,依前揭規定,確如健保署審核意見所載,且原給付項目及數量,已足敷治療所需,均無法顯示需給付所請「深部腦核電生理定位 (56037B)」、「立體定位術－功能性失調 (83084B)」費用之正當理由,原核定並無不合,應予維持。</p>
立體定位術－功能性失調 (83084B)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>三、 另申請理由略謂：「本案係依據神經外科醫學會決議之共識申報」云云，惟申請人所稱「神經外科醫學會決議之共識」，非屬保險人依法定程序訂定之法規命令，尚難執為本案之論據，併予敘明。</p>

共通性案例 5

摘要：自費治療相關之檢驗，自非屬本保險給付範圍。

費用年月： 104/07 類別： 門診

科別： 腸胃內科 性別： 男性 年齡： 50 歲

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

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
麩胺轉酸酶 (09031C)	1		1		查卷附資料，病人為慢性B型肝炎患者，使用抗病毒藥物，未達行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之10.7.3之給付標準，乃自費使用LAMIVUDINE藥物治療。申請理由雖略以：「病人肝指數異常，血液中也測得到B型肝炎病毒，雖然還沒有達到健保局規定的抗病毒藥物給付標準，但不表示病人沒有選擇治療的權利。一旦病人選擇自費接受治療，保險人也不能夠以不符合藥品給付規定為由，來限制病人接受該治療相關的處置與檢查。保險人明文規定的不給付項目乃是藥物費用，而不是治療費用」，惟查系爭項目係為前開自費治療相關之檢驗，自非屬本保險給付範圍，從而健保署不予支付系爭項目，並無不當，申請人所稱核有誤解，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。
去氧核糖核酸類定量擴增試驗 (12184C)	1		1		

共通性案例 6

摘要：自費接受鈹雷射攝護腺汽化切除術，因術後燒焦揮落組織阻塞泌尿道系統，其所須之臨床處置、檢查所生費用，自應評價為內含於該自費手術內，非屬本保險給付範圍。

費用年月： 104/09 類別： 住院

科別： 泌尿科 性別： 男性 年齡： 73 歲

診斷： 攝護腺（前列腺）（良性）增生、尿滯留、其他非特定性血清酵素異常、攝護腺肥大(BPH)

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
膀胱鏡檢查 (28019C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險法第1條第2項：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」。</p> <p>(二) 衛生福利部中央健康保險署 104 年 5 月 4 日 健保醫字第 1040032986 號函釋</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核</p> <ol style="list-style-type: none"> 520A 併行或內含項目檢查／檢驗項目，本項不另計。 膀胱鏡檢查報告顯示膀胱內有殘存之前列腺刮除組織，其原因為手術時未完全清除病理組

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>織，已向病患收取自費手術費用，不應再申報膀胱鏡費用。</p> <p>(二) 複核</p> <p>前列腺雷射手術原先是整件不給付。目前共識是手術費(雷射)不給付，其他可給付，但常理膀胱鏡本就是內含於手術之必要項目。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>病人自費接受鈹雷射手術，但術後發生尿道阻塞，係組織或燒焦揮落組織阻塞泌尿道系統，需膀胱鏡(28019C)檢查清除，術後膀胱鏡檢係檢查處置，是否屬於手術費內含的共識並無詳細規範。</p> <p>四、查所附病歷，病人診斷為攝護腺肥大(BPH)，於104年9月15日自費接受鈹雷射攝護腺汽化切除術，104年9月18日因術後燒焦揮落組織阻塞泌尿道系統，施行系爭膀胱鏡檢查(28019C)以清除術後泌尿道阻塞之併發症，其所須之臨床處置、檢查所生費用，自應評價為內含於該自費手術內，非屬本保險給付範圍。</p>

共通性案列 7

摘要:高血糖於急診施打ACTRAPID時，未依原施打劑量申報藥物。

費用年月： 103/04 類別： 門診

科別： 急診醫學科 性別： 女性 年齡： 53 歲

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

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ACTRAPID 100 IU/ML (K000739209)	0.98		0.98		<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(以下稱藥品給付規定)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。」。</p> <p>(二) 行為時「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」之欄位p5、p10、p12，要旨如下：</p> <p>「藥品用量」：若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。請填藥品一次之劑量。</p> <p>「總量」：小數點需填寫，取至</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>小數點下一位，第二位四捨五入。</p> <p>「點數」：總量乘單價，並加成分算至整數(點)為止。</p> <p>(三)「全民健康保險藥品使用標準碼」二、編碼之原則，略以「1.藥品用量：以全民健康保險藥品之核價單位【每錠、每支、每瓶、每包或每公克(毫克)、每毫升】為用量單位。填藥品一次之劑量」。</p> <p>二、審定理由</p> <p>(一)申請人申請系爭藥品1劑(1000 IU/10ML)，共300點，健保署初核、複核皆以「0108A(申報項目/數量多於病歷記載或與病歷記載不符)」核刪且不補付系爭費用294點(爭議量為0.98瓶)。</p> <p>(二)查所附資料，病人因高血糖赴申請人醫院急診就醫，醫囑開立施打系爭藥品15 IU ST，惟申請人申報系爭藥品量為1000 IU 1瓶，依前揭規定，確如健保署審核意見所載，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>

共通性案例 8

摘要:施行系爭檢查時間至正式報告記載時間，相距已逾1小時，不符申報急診加成之規定。

費用年月： 103/03 類別： 門診

科別： 急診醫學科 性別： 女性

診斷： 蹠骨閉鎖性骨折

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)(32017C)	1		1		查所附病歷資料，依卷附X光檢查資料顯示，施行系爭檢查時間為103年3月29日20：32，檢查報告時間為103年3月31日10：07，不符行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、一、(十一) 1.中段：「病人送至檢查室至正式報告記載時間1小時以內為限」之規定，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。

共通性案例 9

摘要:病人住院自費施打莫須瘤(Mabthera), 然係屬藥品許可證所登載適應症外之使用, 則其使用過程, 所需相關檢查、用藥, 評價為自費藥品所需, 非屬本保險給付範圍。

費用年月: 103/10 類別: 住院

科別: 內科

診斷: 全身性紅斑狼瘡、降結腸惡性腫瘤、原發性肝惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
結締組織疾患(1), 有合併症或併發症 (Tw-DRGs 碼:24001)	1		1		<p>一、查所附病歷資料, 渠等個案, 分述如下:</p> <p>(一) 查本部食品藥物管理署核准 Mabthera 藥品許可證登載之適應症為「1.非何杰金氏淋巴瘤。2.併用CVP化學療法用於未經治療之和緩性(組織型態為濾泡型)B細胞非何杰金氏淋巴瘤的病人。3.併用CHOP或其他化學療法用於CD20抗原陽性之瀰漫性大型B細胞非何杰金氏淋巴瘤。4.用於做為濾泡性淋巴瘤患者對誘導療法產生反應之後的維持治療用藥。5.類風濕性關節炎。6.慢性淋巴球形白血病。7.與化學療法併用, 做為復發/頑固性的CD20陽</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>性慢性淋巴球性白血病病患的治療用藥。 8.「肉芽腫性血管炎(Granulomatosis with Polyangiitis,GPA)(Wegener's 肉芽腫症)及顯微多發性血管炎(Microscopic Polyangiitis , MPA)。」。</p> <p>(二) 惟查病歷記載，病人診斷分別為全身性紅斑狼瘡、結締組織瀰漫性疾病、乾燥症候群、Behcet (畢賽)氏徵候群等，病人雖住院以自費施打莫須瘤(Mabthera)，然係屬藥品許可證所登載適應症外之使用，則其使用過程，所需相關檢查、用藥，評價為自費注射Mabthera藥品所需，均非屬本保險所應給付。</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>

摘要：病人無痛風關節炎確切診斷，使用系爭「FEBURIC 80 MG FILM COATED TABLETS」藥物，不符：「限慢性痛風患者之高尿酸血症使用」規定。

費用年月： 104/10 類別： 門診

科別： 內科 性別： 女性 年齡： 98 歲

診斷： 充血性心臟衰竭、慢性缺血性心臟病、良性本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
FEBURIC 80 MG FILM COATED TABLETS 〈BC25427100〉	7		7		查卷附病歷資料，病患雖高尿酸血症，惟無痛風關節炎確切診斷，使用左列系爭藥物，不符行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.11.1.：「限慢性痛風患者之高尿酸血症使用，且符合以下條件之一：1.曾使用過降尿酸藥物benzbromarone治療反應不佳，尿酸值仍高於6.0 mg/dL。(103/3/1) 2.患有慢性腎臟病(eGFR < 45 mL/min/1.73m ² 或serum creatinine ≥ 1.5mg/dL)或肝硬化之痛風病人」。

共通性案例 11

摘要:申請審議理由欄空白，且依病歷記載，缺乏血糖之追蹤檢查，不予給付。

費用年月： 104/09 類別： 門診

科別： 家醫科 性別： 女性 年齡： 79 歲

診斷： 本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
JANUVIA 100 MG F.C. TABLETS (BC24668100)	28		28		查所附資料，申請審議理由欄空白，且依病歷記載，缺乏血糖之追蹤檢查，原使用之metformin及Amaryl降血糖藥物，尚可增加劑量，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。

共通性案例 12

摘要：醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。

費用年月： 104/06 類別： 門診

科別： 神經科

診斷： 頭痛

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
全套血液檢查 I (八項) (08011C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險法第64條：「醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。」。</p> <p>二、 查所附病歷資料，渠等2案，係由申請人開立處方交由其他保險醫事服務機構檢驗，此有卷附「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示系爭項目點數欄記載「0」，而醫令調劑方式記載為「1(交付調劑、檢驗或物理治療)」可稽。</p>
血液及體液葡萄糖 (09005C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>三、次依申請理由主張及病情紀錄，確如健保署審核意見所載，不足以支持系爭檢驗之必要性，則依前揭規定，系爭檢驗之費用自應由開立處方醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。申請理由所稱：「抽血檢驗申報點數為零(不請款)。」云云，尚難執為本案之論據。</p> <p>四、綜上，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

共同性案例 13

摘要：病人診斷為類風溼性關節炎、未明示閉鎖性脊柱骨折、第二型或未明示糖尿病，未提及併發症，均非屬藥品許可證登載之適應症「癲癇」，不符規定。

費用年月： 104/07 類別： 門診

科別： 風濕免疫科 性別： 女性

診斷： 類風濕性關節炎、脊椎閉鎖性骨折、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
RIVOTRIL 0.5MG TABLET (BC03077100)	56		56		查所附病歷資料，病人診斷為類風溼性關節炎、未明示閉鎖性脊柱骨折、第二型或未明示糖尿病，未提及併發症，均非屬中央衛生主管機關核准藥品許可證登載之適應症「癲癇」，不符行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之通則七，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。

共通性案例 14

摘要：病歷無「經其他止痛藥、或非類固醇抗發炎藥物（NSAIDs）治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。」之相關病情記載，系爭「Apo-Tramadol/ Acet 37.5/ 325mg tablets」用藥不符規定。

費用年月： 104/02 類別： 門診

科別： 骨科

診斷： 頸椎椎間盤疾患、腰骶椎關節退化，未伴有脊髓病變、神經痛、神經炎及神經根炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
Apo-Tramadol/ Acet 37.5/ 325mg tablets (BC25452100)	9		9		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 衛生福利部食品藥物管理署核發 Apo-Tramadol/Acet 37.5/325mg tablets (BC25452100) 藥品許可證之適應症：「使用非鴉片類止痛劑無效的中度至嚴重性疼痛。」、主成分略述：「AC ETAMINOPHEN (EQ TO PARACETAMOL)、TRAMADOL HCL。」。</p> <p>(二) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之1.1.4.Tramadol HCl + acetaminophen (如 Ultracet Tablets):「限用於中度至嚴重</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>性疼痛之病人，需符合下述條件：1.經其他止痛藥、或非類固醇抗發炎藥物（NSAIDs）治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。2.非癌症病患使用超過五天時，需檢附疼痛評估報告，並每隔三個月再評估乙次，內容需包括疼痛強度及疼痛緩解的 VAS 與 VRS (Visual Analogue Scale 和 Verbal Rating Scale)。」。</p> <p>二、查卷附資料，渠等2案，申請理由雖略稱：「Apo-Tramadol 屬 ultracet 類藥物，與 Jenac(NSAID) 止痛機轉不同。在醫院時，常見一起使用，減緩病患疼痛，減少藥物副作用。」，惟依病歷紀錄，無「經其他止痛藥、或非類固醇抗發炎藥物（NSAIDs）治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。」之相關病情記載，系爭用藥不符前揭之規定，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

貳、牙醫案例

牙科案例 1

摘要:五歲(含)以下之內涵，究應小於等於60個月，抑或小於72個月？家長簽名文件，得否佐證作事實？待查明。

費用年月： 104/06 類別： 門診

科別： 牙科

診斷： 齲齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由									
		撤銷	駁回	撤銷另核										
前牙複合樹脂充填-單面（89004C）	1			如理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時「全民健保牙醫門診醫療服務台北區加強醫療院所醫療服務品質管控辦法暨作業說明之管控辦法作業說明」（以下簡稱品管作業說明）二、（四）2. 檢附photo 時，應符合下列規定：「……（5）五歲（含）以下病患，若無法配合照相者，應請家長簽名。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <table><tr><td>保險對象</td><td>初核</td><td>複核</td></tr><tr><td>○○○</td><td>0101D，未附Photo</td><td>已超過5足歲，不附照片不符合規定</td></tr><tr><td>○○○</td><td>0101D，未檢附照片</td><td>已超過5足歲，依規定須附照片</td></tr></table> <p>三、 渠等2案申請人主張</p>	保險對象	初核	複核	○○○	0101D，未附Photo	已超過5足歲，不附照片不符合規定	○○○	0101D，未檢附照片	已超過5足歲，依規定須附照片
保險對象	初核	複核												
○○○	0101D，未附Photo	已超過5足歲，不附照片不符合規定												
○○○	0101D，未檢附照片	已超過5足歲，依規定須附照片												

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由									
		撤銷	駁回	撤銷另核										
續前頁					<p>(一) 申復理由要旨</p> <p>患者是未滿6歲小朋友，就診時會反抗哭鬧、狀況不好，無法配合拍彩色照片作業，也有與家長解釋告知，願意簽名表示認同當時情況無法照相。</p> <p>(二) 申請理由要旨</p> <p>Photo作業辦法的公文上述說明「五歲（含）以下病患」就已經清楚表示五足歲也在此內容範圍內，只要是未滿六歲的孩童皆可適用……已電話詢問過健保署，健保署也表示是六足歲前都含在內。</p> <p>四、 健保署補充意見要旨</p> <p>經與台北審查分會確認，Photo作業辦法的公文上述說明「五歲（含）以下病患」…，“含”5歲定義就是未滿6歲（小於72個月）。</p> <p>五、 審定理由</p> <p>(一) 查所附病歷資料，渠等2案，病人出生年月日暨系爭就醫日期，彙整臚列如下表：</p> <table><tr><td>保險對象</td><td>出生年月日</td><td>系爭就醫日期</td></tr><tr><td>○○○</td><td>98/12/26</td><td>104/6/6</td></tr><tr><td>○○○</td><td>99/5/28</td><td>104/6/11</td></tr></table>	保險對象	出生年月日	系爭就醫日期	○○○	98/12/26	104/6/6	○○○	99/5/28	104/6/11
保險對象	出生年月日	系爭就醫日期												
○○○	98/12/26	104/6/6												
○○○	99/5/28	104/6/11												

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(二) 承上表所示，病人分別為5歲未足1個月及5歲7個月，健保署初、複核分別以「0101D，未附Photo、未檢附照片」、「已超過5足歲，不附照片不符合規定、依規定須附照片」為由，逕予核扣系爭項目費用。</p> <p>(三) 惟申請理由主張：「Photo作業辦法的公文上述說明『五歲(含)以下病患』就已經清楚表示五足歲也在此內容範圍內，只要是未滿六歲的孩童皆可適用……已電話詢問過健保署，健保署也表示是六足歲前都含在內。」等語。</p> <p>(四) 經本部詢據健保署於105年1月4日補充意見表示：「『五歲(含)以下病患』…，“含”5歲定義就是未滿6歲(小於72個月)」等語。</p> <p>(五) 綜上，下列疑點待釐清：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 揆諸前揭「五歲(含)以下病患，若無法配合照相者，應請家長簽名。」之意旨，其中五歲(含)以下之內涵，究應小於等於60個月，抑或小於72個月？健保署複核

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>意見與補充意見不一？應以何者為是？</p> <p>2. 申請人所附家長簽名文件分別記載：「患者○○○小朋友於104年6月6日填補牙一顆」、「患者○○○小朋友於104年6月11日填補牙」，得否佐證作為「無法配合照相」之事實？亦待查明。</p> <p>六、 準此，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適當之核定。</p>

牙醫案例 2

摘要:牙位若無發現病灶，病歷是否仍應逐項記載「no finding」？有待查明。

費用年月： 104/08 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 女性 年齡： 22 歲

診斷： 齲齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
環口全景 X 光初診診察 (01271C)	1			如理	<p>一、 相關規定</p> <p>由 (一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第三部第一章診療項目「環口全景 X 光初診診察(01271C)」註 4.：「病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。」。</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)第三部、貳、一、(三) 初診診察記錄內容需載明基本牙周狀況評估分為：「1.健康 2.牙齦炎 3.牙周炎。」。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果		理由																															
		撤銷	駁回																																
續前頁				<p>二、 健保署審核意見</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>個案</th> <th colspan="2">健保署審核意見</th> </tr> <tr> <th></th> <th>初核</th> <th>複核</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○ 0211D (01271 C於病歷 中未載 明診斷 或發現)</td> <td>改00130C</td> <td>1、依規定要記載no finding 2、申報初診診察費之病歷書寫內容： (1)全口牙周基本狀況一定要記載 (2)缺牙、假牙及阻生牙若有則需記載， 上述三項項目若無則需「逐項」記載 no finding、no special finding或 其他註記</td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td>改00129C</td> <td rowspan="5">依規定要記載no finding</td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td>改00130C</td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td>改00129C</td> <td rowspan="5">依規定須逐項記載，沒有發現應記載no finding</td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td>改00130C</td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td>改00129C</td> </tr> <tr> <td>○○○</td> <td>改00130C</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 00130C：符合加強感染管制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份（≤20）－未開處方或處方由本院所自行調劑</p> <p>* 00129C：符合加強感染管制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份（≤20）－處方交付特約藥局調劑</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>（一）公文上，告知 PANO 需記錄</p> <p>a.periocondition b.crown bridge c.missing</p>	個案	健保署審核意見			初核	複核	○○○ 0211D (01271 C於病歷 中未載 明診斷 或發現)	改00130C	1、依規定要記載no finding 2、申報初診診察費之病歷書寫內容： (1)全口牙周基本狀況一定要記載 (2)缺牙、假牙及阻生牙若有則需記載， 上述三項項目若無則需「逐項」記載 no finding、no special finding或 其他註記	○○○	改00129C	依規定要記載no finding	○○○	改00130C	○○○		○○○		○○○		○○○	改00129C	依規定須逐項記載，沒有發現應記載no finding	○○○	改00130C	○○○		○○○	改00129C	○○○	改00130C
個案	健保署審核意見																																		
	初核	複核																																	
○○○ 0211D (01271 C於病歷 中未載 明診斷 或發現)	改00130C	1、依規定要記載no finding 2、申報初診診察費之病歷書寫內容： (1)全口牙周基本狀況一定要記載 (2)缺牙、假牙及阻生牙若有則需記載， 上述三項項目若無則需「逐項」記載 no finding、no special finding或 其他註記																																	
○○○	改00129C	依規定要記載no finding																																	
○○○	改00130C																																		
○○○																																			
○○○																																			
○○○																																			
○○○	改00129C	依規定須逐項記載，沒有發現應記載no finding																																	
○○○	改00130C																																		
○○○																																			
○○○	改00129C																																		
○○○	改00130C																																		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由																
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核																	
續前頁					<p>d.impaction</p> <p>但並沒有告知沒發現須記錄"no finding"。</p> <p>(二) 以上四項異常皆有記錄，只是無異常發現代表沒有（病歷無特別記錄），這只是思考邏輯的問題，異常的部分皆已列出，不能說沒記載。</p> <p>四、 健保署提具意見</p> <p>未記載支付標準 01271C 註 4.規定之缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒發現，無發現仍應記載作無發現。</p> <p>五、 審定理由</p> <p>查所附資料，分述如下：</p> <p>(一) 依前揭規定，申報「環口全景 X 光初診診察（01271C）」項目，其病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現，且初診診察記錄內容需載明基本牙周狀況評估分為：「1.健康 2.牙齦炎 3.牙周炎。」，先予敘明。</p> <p>(二) 本件依病歷資料，分別有下列等記載：</p> <table><tr><th>個案</th><th>病歷記載內容</th></tr><tr><td>○○○</td><td>gingivitis、mild crowding</td></tr><tr><td>○○○</td><td>gingivitis、mild crowding、no special lesion</td></tr><tr><td>○○○</td><td>mild crowding、mild gingivitis</td></tr><tr><td>○○○</td><td>mild crowding、gingivitis</td></tr><tr><td>○○○</td><td>牙位18、38 impact、牙位42missing、acute gingivitis、periodontitis</td></tr><tr><td>○○○</td><td>牙位15、25 missing、moderate gingivitis</td></tr><tr><td>○○○</td><td>gingivitis</td></tr></table>	個案	病歷記載內容	○○○	gingivitis、mild crowding	○○○	gingivitis、mild crowding、no special lesion	○○○	mild crowding、mild gingivitis	○○○	mild crowding、gingivitis	○○○	牙位18、38 impact、牙位42missing、acute gingivitis、periodontitis	○○○	牙位15、25 missing、moderate gingivitis	○○○	gingivitis
個案	病歷記載內容																				
○○○	gingivitis、mild crowding																				
○○○	gingivitis、mild crowding、no special lesion																				
○○○	mild crowding、mild gingivitis																				
○○○	mild crowding、gingivitis																				
○○○	牙位18、38 impact、牙位42missing、acute gingivitis、periodontitis																				
○○○	牙位15、25 missing、moderate gingivitis																				
○○○	gingivitis																				

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
續前頁					○○○ 牙位38、48impact、gingivitis
					○○○ 牙位36 crown、RCT、gingivitis
					○○○ 牙位18、38、48 impaction、mild crowding、moderate gingivitis
					○○○ periodontitis
					○○○ 牙位28impaction、牙位36、46missing、mild gingivitis
					(三) 承上表所示，依所附 X 光片顯示，係就個案之病灶記載，則健保署全部以「依規定要記載『no finding』」、「依規定須逐項記載，沒有發現應記載『no finding』」、「缺牙、假牙及阻生牙若有則需記載，上述三項項目若無則需「逐項」記載 no finding、no special finding 或其他註記」為由，不予給付，即有未洽。
					六、 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。

牙科案例 3

摘要：病歷已逾保存期限而銷燬，如何檢送病歷資料？法無明訂。

費用年月： 105/03 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 男性 年齡： 45 歲

診斷： 侵襲性牙周炎，局部

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
環口全景 X 光初診 診察〈01271C〉	1			如理由	<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 醫療法第70條</p> <p>第1項：「醫療機構之病歷，應指定適當場所及人員保管，並至少保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後七年；人體試驗之病歷，應永久保存。」。</p> <p>第4項：「醫療機構對於逾保存期限得銷燬之病歷，其銷燬方式應確保病歷內容無洩漏之虞。」。</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)</p> <p>3.(4) 牙醫門診總額：「首頁複製本應含牙醫門診初診日期（年、月、日）及至少六個月之</p>
牙周病緊急處置 〈91001C〉	1			如理由	

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>病歷內容，六個月之內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄，不論半年內是否有就診紀錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料；醫院綜合病歷得以任何科別之看診日期戳章接續。如為初診病歷，則不需檢附六個月資料。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：改00130C（符合加強感染管制之牙科門診診察費1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份（≤ 20）－未開處方或處方由本院所自行調劑），0101D（資料不全；未附病歷或所附病歷資料不齊未依規定期限內檢附相關病歷資料），未附半年內完整病歷。</p> <p>(二) 複核：依審查注意事項貳、一、(四)、3(4)應附半年前的最後一筆資料，而院所所稱超過7年，但院所尚保存首頁，又能提出前筆日期為98年2月21日，故不應以超過7年為由不附該日病歷。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 因電腦查詢初診日期為87年1月2日，故請患者初診日期填寫</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>87年1月2日。</p> <p>(二) 該病患已超過七年未就診，根據健保局規定，病歷保存七年，舊病歷已銷毀，故僅附上新病歷首頁。</p> <p>(三) 申復時提出之該病患上次就診日期為98年2月21日是經由電腦查詢得知，並非翻閱病歷得知。</p> <p>四、 健保署提具意見要旨</p> <p>依照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)第貳條之(四)項之牙醫門診總額，應附六個月之病歷內容(六個月內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄，不論半年內是否有就診紀錄)，故不同意給付。</p> <p>五、 審定理由</p> <p>查所附資料，分述如下：</p> <p>(一) 系爭就醫日期為105年3月9日，健保署係以未附半年內完整病歷(六個月內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄)為由不予給付。</p> <p>(二) 然申請理由主張：「該病患已超過七年未就診，根據</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>健保局規定，病歷保存七年，舊病歷已銷毀，故僅附上新病歷首頁。申復時提出之該病患上次就診日期為98年2月21日是經由電腦查詢得知，並非翻閱病歷得知。」，經衡酌前揭醫療法第70條第1項、第4項所定，醫療機構對於逾保存期限（7年）病歷得銷燬之，則申請理由是否可採？實情究為何？</p> <p>（三）又查前開審查注意事項僅明訂：「六個月之內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄，不論半年內是否有就診紀錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料」，惟有關病歷逾保存期限而銷燬之情形，應檢送病歷資料期間為何？並未臻明訂，則實務上遇類此情形，應如何因應處理，亦有一併究明之必要。</p> <p>六、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>

牙醫案例 4

摘要:未檢附原已申復之pano X光片供核，無從判斷申請人主張是否可採。

費用年月： 102/11 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 男性

診斷： 急性齒齦炎、齲齒、殘留齒根

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
單純齒切除術 (92015C)	1		1		查卷附資料，健保署審核意見為：「由X光顯示牙位未明顯阻生的深度，故改支92014C」，申請理由略稱：「28因有大蛀牙，且為雙根，拔牙過程把root分成2邊，故應有進行齒切除。補附x-ray (pano)」，惟未檢附原已申復之pano X光片供核，無從判斷申請人主張是否可採，健保署原核定並無不合，應予維持。

牙科案例 5

摘要:申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。

費用年月： 103/01 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 女性 年齡： 40 歲

診斷： 齒根囊腫

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
去除鑄造牙冠 (90007C)	1		1		查卷附資料，健保署複核意見以「未附#22正確拆除後X-ray」，未予補付費用，而申請人申請審議時，對於健保署認定其未附X光片資料，並未否認，僅執與申復相同之理由提起爭議，即難認有理由，且依送核之X光片，不足以佐證為術後X光片，即與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「去除釘柱(90008C)」註：「申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核」之規定不符。

牙科案例 6

摘要:檢附X光片非處置當日之照片，不符規定。

費用年月： 103/05 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 女性 年齡： 50 歲

診斷： 齲齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
複雜性拔牙 (92014C)	1		1		查卷附病歷資料，系爭就醫日為103年5月19日，依行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「複雜性拔牙（92014C）」註三前段：「需檢附術前X光片以為審核。」，惟所附X光片（拍射日期：102年7月19日）非處置當日，不足以佐證系爭「複雜性拔牙（92014C）」之處置過程，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。

牙科案例 7

摘要:牙周病統合照護計畫之三階段療程逾180天，即與規定不符。

費用年月： 103/12 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 女性

診斷： 慢性牙周炎、齲齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
符合加強感染控制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤ 20)—未開處方或處方由本院所自行調劑 (00130C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>103年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫四、(三) 6.:「本計畫分三階段支付，其療程最長為180天」。</p> <p>二、 查卷附資料，系爭就醫日期為103年12月26日，依病歷記載，固有施行系爭「牙周病統合性治療第三階段支付(P4003C)」項目，惟依健保署104年9月21日提供之「RCPI0004SC01清單醫令查詢作業」資料顯示，施行「牙周病統合性治療第一、第二階段(P4001C、P4002C)」項目之就醫日期皆為103年6月13日，是以，三階段之療程已逾180天，確如健保署審核意見所載，不符前</p>
牙周病統合性治療第三階段給付 (P4003C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					揭規定，自無法顯示需給付所請「符合加強感染控制之牙科門診診察費1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤ 20)—未開處方或處方由本院所自行調劑(00130C)」、「牙周病統合性治療第三階段支付(P4003C)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

牙醫案例 8

摘要:施行牙周病統合性治療第三階段之治療日，並非完成該等第二階段治療日起28天之後，即與規定不符。

費用年月： 104/02 類別： 門診

科別： 牙科

診斷： 牙周病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙周病統合性治療 第三階段給付 (P4003C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>104年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫四、(三) 6診療項目「牙周病統合性治療第三階段給付(P4003C)」註2:「完成牙周病統合性治療第二階段治療日起4週(≥28天)後,經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒,至少1個部位深度降低2mm者達7成以上,且無非適應症之拔牙時,方得核付。」。</p> <p>二、 查卷附資料,渠等個案,依病歷記載,施行「牙周病統合性治療第二階段給付(P4002C)」及系爭「牙周病統合性治療第三階段給付(P4003C)」項目之就醫日</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由																	
		撤銷	駁回	撤銷另核																		
續前頁					期，分述如下：																	
					<table><tr><th rowspan="2">保險對象</th><th colspan="2">施行項目及就醫日期</th></tr><tr><th>牙周病統合性治療第二階段給付 (P4002C)</th><th>牙周病統合性治療第三階段給付 (P4003C)</th></tr><tr><td>○○○</td><td>104年1月8日</td><td>104年2月4日</td></tr><tr><td>○○○</td><td>104年1月15日</td><td>104年2月11日</td></tr><tr><td>○○○</td><td></td><td></td></tr><tr><td>○○○</td><td></td><td></td></tr></table>	保險對象	施行項目及就醫日期		牙周病統合性治療第二階段給付 (P4002C)	牙周病統合性治療第三階段給付 (P4003C)	○○○	104年1月8日	104年2月4日	○○○	104年1月15日	104年2月11日	○○○			○○○		
	保險對象	施行項目及就醫日期																				
		牙周病統合性治療第二階段給付 (P4002C)	牙周病統合性治療第三階段給付 (P4003C)																			
	○○○	104年1月8日	104年2月4日																			
○○○	104年1月15日	104年2月11日																				
○○○																						
○○○																						
					三、 承上表所示，施行牙周病統合性治療第三階段之系爭就醫治療日，並非完成該等第二階段治療日起28天之後，施行系爭項目，即與前揭規定不符，申請理由所稱：「自牙周病統合治療第2階段治療當天為第1日算起，實行第三階段治療牙周病統合治療當日確實為28天」，核有誤解。																	
					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。																	

牙科案例 9

摘要:牙周囊袋測量記錄表之時效已超過六個月，且病歷塗改未有醫師簽章，核與規定不符。

費用年月： 104/05 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 男性 年齡： 69 歲

診斷： 齒髓炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
牙周骨膜翻開術-1/3 顎(牙周囊袋 5mm(含)以上 4 至 6 齒) (91010B)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用 審查注意事項(以下簡稱審查注 意事項)</p> <p>(一) 「總則貳、一、(二) 1.病歷 、處方等若有增刪修正時， 應依醫療法第六十八條規定 辦理。」。</p> <p>(二) 「第三部、伍、五、主要處 置需要之牙周囊袋測量記錄 表須醫師簽名及加註檢查日 期。時效：在進行牙周病緊 急處置(91001C)以外之牙 周病處置後，若欲再作進一 步治療，皆須重新檢測囊袋 ，記錄表之時效最長不超過 六個月。」。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>二、查卷附資料，牙周囊袋測量記錄表之時效已超過六個月，且病歷塗改未有醫師簽章，核與前揭規定不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

牙醫案例 10

摘要：「病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書」，係於事後由醫師補簽章，自與規定不符。

費用年月： 104/05 類別： 門診

科別： 牙科

診斷： 牙周病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙周病統合性治療 第一階段給付 (P4001C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 醫師法第12條第1項：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」。</p> <p>(二) 醫療法第68條第1項：「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」。</p> <p>二、 查卷附資料，○○○等4案，依原送審病歷記載及X光片顯示，分述如下：</p> <p>(一) 申請人係於申復時檢附補正之「病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書」，健保署初、複核分別略以：「0101D，牙</p>
牙科局部麻醉 (96001C)	4		4		
牙周病統合性治療 第二階段給付 (P4002C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>周統合治療確認書醫師未簽章」、「原送檔案無醫師簽名，事後補簽」等為由，不予補付。</p> <p>(二) 按該確認書如同手術同意書，應於治療開始前，由醫師事先簽名，詳盡說明告知義務，經病人簽名同意後，再為相關診療，此乃醫療上告知說明義務的基本原則。</p> <p>(三) 本件前開「病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書」均係於事後再由醫師補簽章，自與前揭醫師法及醫療法規定不符。</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>

牙醫案例 11

摘要:施行牙結石清除，病歷並無「潔牙說明，其後作刷牙復習」之相關記載，即與規定不符。

費用年月： 104/06 類別： 門診

科別： 牙科

診斷： 齲齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙結石清除一局部 (91003C)	3		3		<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)第三部第三章第三節診療項目「牙結石清除一局部(91003C)、全口(91004C)」註3.：「牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。」。</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)第三部、壹、二：「牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。」。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由				
		撤銷	駁回	撤銷另核					
續前頁					<table><tr><th>英文名稱</th><th>英文縮寫</th></tr><tr><td>Oral Hygiene Instruction</td><td>OHI</td></tr></table>	英文名稱	英文縮寫	Oral Hygiene Instruction	OHI
					英文名稱	英文縮寫			
Oral Hygiene Instruction	OHI								
					<p>二、渠等3案健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：0207D (不符合支付標準表醫療項目備註欄之規定)，申報91003C未做OHI刷牙指導。</p> <p>(二) 複核：記載OHI非內規，而是有公文強調，且有落日條款(已過宣導期)。</p> <p>三、申請人主張要旨</p> <p>(一) 申復理由：依據支付標準表並未規定必需記載做OHI、刷牙指導的字眼，且從病歷記載中，並不能指出醫師就未做OHI及刷牙指導，給會員的公文也僅希望在做全口洗牙時，要載明"OHI"，並未強調局部洗牙也"必需"記載OHI。</p> <p>(二) 申請理由：支付標準表只規定全口洗牙要載明OHI，並無規定局部洗牙必須載明OHI之字眼。</p> <p>四、健保署提具意見</p> <p>91003C及91004C支付標準表備註3.牙結石清除須作潔牙說明，</p>				

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>並無局部或全口之不同，故院所病歷記載不全。</p> <p>五、查卷附資料，渠等3案，分述如下：</p> <p>(一) 查系爭「牙結石清除—局部(91003C)」項目，病歷僅記載「UR, UL, LR gingivitis, local scaling」，並無「已作潔牙說明，其後作刷牙復習」之相關記載。</p> <p>(二) 申請人雖稱：「支付標準表只規定全口洗牙要載明OHI，並無規定局部洗牙必須載明OHI之字眼」，惟依前開支付標準註3.規定，係針對局部及全口牙結石清除，健保署提具意見亦陳明略以：「91003C及91004C支付標準表備註3.牙結石清除須作潔牙說明，並無局部或全口之不同」等語，且如治療項目使用縮寫，始依前開審查注意事項第三部、壹、二規定，以英文縮寫名稱表示，所稱核有誤解。</p> <p>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。</p>

牙醫案例 12

摘要:同一病人半年內，再次申報「牙結石清除—全口（91004C）」項目，核與規定不符。

費用年月： 103/06 類別： 門診

科別： 牙科

診斷： 慢性牙周炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
牙結石清除—全口 (91004C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>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診療項目「牙結石清除—全口（91004C）」註1.：「限有治療需要之患者每半年最多申報一次。」。</p> <p>二、 查卷附資料，渠等3案，依104年7月31日執行之「103年全口洗牙（91004C）於180天內同病患、同醫師跨院重複申報追扣明細表」顯示，他院所及申請人申報診療醫師、項目、保險對象、就醫日期等資料，彙整臚列如下表：</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由																									
		撤銷	駁回	撤銷另核																										
續前頁					<table><tr><td rowspan="3">醫療機構</td><td colspan="2">診療</td><td colspan="3">保險對象</td></tr><tr><td rowspan="2">醫師</td><td rowspan="2">項目</td><td>○○</td><td>○○○</td><td>○○○</td></tr><tr><td colspan="3">就醫日期</td></tr><tr><td>他院所</td><td>**** ****</td><td rowspan="2">91004C</td><td>103年1月22日</td><td>103年3月5日</td><td>103年3月20日</td></tr><tr><td>申請人 (系爭)</td><td>**</td><td>103年6月30日</td><td>103年8月16日</td><td>103年8月25日</td></tr></table>	醫療機構	診療		保險對象			醫師	項目	○○	○○○	○○○	就醫日期			他院所	**** ****	91004C	103年1月22日	103年3月5日	103年3月20日	申請人 (系爭)	**	103年6月30日	103年8月16日	103年8月25日
	醫療機構	診療		保險對象																										
		醫師	項目	○○	○○○		○○○																							
				就醫日期																										
	他院所	**** ****	91004C	103年1月22日	103年3月5日	103年3月20日																								
申請人 (系爭)	**	103年6月30日		103年8月16日	103年8月25日																									
					三、 承上表所示，他院所分別前於103年1月22日、103年3月5日、103年3月20日申報病人施行「牙結石清除－全口（91004C）」項目，同醫師診療之同一病人固復於申請人醫院就診，惟依病歷記載，其旋於半年內，103年6月30日、103年8月16日、103年8月25日再次申報系爭項目，核與前揭規定不符。																									
					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。																									

摘要：同顆牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式之再填補，皆不得再申報充填費用。

費用年月： 104/11 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 男性

診斷： 齲齒

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
後牙複合樹脂充填-三面 (89010C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第一節診療項目「前牙複合樹脂充填－雙面 (89005C)」、「後牙複合樹脂充填－三面 (89010C)」、「前牙三面複合樹脂充填 (89012C)」註1：「同顆牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填 (89001C～89005C，89008C～89012C) 費用。」。</p> <p>二、 查卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) 系爭「後牙複合樹脂充填－三面 (89010C)」、「前牙三面複</p>
前牙三面複合樹脂充填 (89012C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤銷 另核	
續前頁					<p>合樹脂充填（89012C）」項目各計1次費用之給付。</p> <p>（二）申請理由雖略稱：「患者牙位17、23分別於103年10月17日及104年9月23日填補但於104年11月13日就診主訴有窩洞要填補臨床檢查加上X光檢查後確認17、23 old filling fracture & loss with secoundary caries.有再行填補之必須性」云云。</p> <p>（三）惟系爭牙位#17、23既已於103年10月17日及104年9月23日申報，依前揭規定，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報。</p> <p>三、綜上，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

摘要：自家院所因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，一律不支付。

費用年月： 104/11 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 女性

診斷： 牙齒磨損

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
後牙複合樹脂充填-單面〈89008C〉	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、陸、十、(一):「自家院所因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，一律不支付。」。</p> <p>二、 查卷附資料，申請人於98年11月20日申報#24施行「複雜性拔牙(92014C)」，依病歷記載及X光片顯示，同牙位復於系爭就醫日期104年11月30日施行「後牙複合樹脂充填-單面(89008C)」項目並申報，縱申請理由主張：「依照當時牙齒外型及X光片判斷，確實可能會將原#25判斷為#24，……牙齒位移造成判斷困難」云云，然依前揭規定，健保署不予支付系爭項目，核屬有據，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

摘要：義齒之相關處置非屬健保給付範圍。

費用年月： 104/12 類別： 門診

科別： 牙科 性別： 女性 年齡： 82 歲

診斷： 齲齒、慢性齒齦炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
去除鑄造牙冠 〈90007C〉	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險法第51條：「下列項目不列入本保險給付範圍：『……十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。……』」。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療費用審查注意事項（以下簡稱審查注意事項）第三部、壹、十三、下列處置非屬健保醫療給付範圍：「……（四）義齒：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙……。」。</p> <p>二、 查卷附資料，申請理由雖略稱：「請再詳看X光片，#12.顯示並非牙套，那是 prosthetic</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					abutment (牙套已去除)」云云，惟依前揭全民健康保險法及審查注意事項規定，義齒之相關處置非屬健保醫療給付範圍，其申報系爭「去除鑄造牙冠(90007C)」項目費用，即有不符，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。

參、中醫案例

中醫案例 1

摘要：病歷紀錄呈現患者之證型，用藥亦正確，後續之追蹤診察實為必要。

費用年月： 104/08 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 男性 年齡： 40 歲

診斷： 純高膽固醇血症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費 -(一)中醫評鑑合格 之中醫醫院或醫院 附設中醫部門，經向 中醫總額支付制度 受託單位申請且審 查合格者：1.每位專 任中醫師每月看診 日平均門診量在五 十人次以下部分(≤ 50)一看診時聘有護 理人員在場服務者 (A82)	1	1			查所附資料，系爭就醫日病歷記載：「 ○○H. 診斷T.CH0. 偏高」，高血脂患者 非一定有不適症狀，且病歷紀錄呈現 患者之證型，用藥亦正確，後續之追 蹤診察實為必要，所請尚屬合理，同 意給付，其金額由保險人依規定核算 後補付。

中醫案例 2

摘要:依病情與症狀記載，及不同療程之處方內容，顯示有實際診療需求。

費用年月： 104/09 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 耳鳴、缺鐵性貧血、慢性咽炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費不符合中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者之中醫醫療院所3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)一看診時聘有護理人員在場服務者(A05)	1	1			查所附病歷資料，依病情記載，為耳鳴及缺鐵性貧血患者，頭暈、倦怠及全身無力等症狀可能係因貧血所致，且不同就醫療程之處方內容亦有更改，顯示有實際診療需求，所請尚屬合理，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。

中醫案例 3

摘要：診斷為認知障礙，腦血管疾病後遺症（ICD-9:438.0），核與支付標準之腦血管疾病（ICD-9:430~437）及顱腦損傷（ICD-9：801~804及850~854）疾病門診加強照護規定不符，自無法顯示需給付所請「特定疾病門診加強照護處置費」費用之正當理由。

費用年月： 103/12 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 認知障礙，腦血管疾病後遺症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
特定疾病門診加強 照護處置費--腦血管 疾病及顱腦損傷(治 療處置一至三次) (C05)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法（以下簡稱醫療服務審查辦法）第18條第1項第4款：「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。」、同條第2項：「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下簡稱支付標準）第四部第九章通則一、(三) 腦血管疾病（ICD-9:430~437）及顱腦損傷（</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>ICD-9：801~804及850~854) 疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「CVA個案費用審查」爭議案，依病歷紀錄，診斷為認知障礙，腦血管疾病後遺症(ICD-9:438.0)，與前開支付標準之規定不符。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>四、另申請理由雖略稱：「行政申報時以C05的申報方式，並由健保署電腦自動篩出異常者，若申報有不合規定部分核扣，不應整筆費用全部核刪」、「應核扣金額為1,487、907點…(以下略)，而不是全額2,200、3,200點」云云，經轉請健保署提具意見表示：「申報『特定疾病門診加強照護處置費(C05)、(C06)』為包裹性給付，難以按照院所提供治療的項目或比例來付費。」，健保署依前揭醫療服務審查辦法之規定核刪且不予補付，尚非無據，所稱尚難執為本案論據，併予敘明。</p>

中醫案例 4

摘要:僅檢附初診病歷，未附系爭就醫日病歷紀錄，自無法顯示需給付所請「一般門診診察費（A01）」費用之正當理由。

費用年月： 104/07 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 女性 年齡： 50 歲

診斷： 其他睡眠障礙、眩暈

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費-不符合中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者之中醫醫療院所 1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在二十五人次以下部分(≤25)一看診時聘有護理人員在場服務者 (A01)	1		1		查卷附資料，確如健保署審核意見所載，且僅檢附初診病歷（103年10月16日），未附系爭就醫日（104年7月7日）病歷紀錄，自無法顯示需給付所請「一般門診診察費（A01）」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 5

摘要:病情紀錄簡略，未能辯證論治，四診不完整，無脈象、舌診，自無法顯示需給付所請「一般門診診察費（A02）」費用之正當理由。

費用年月： 104/07 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 女性 年齡： 26 歲

診斷： 背部扭傷及拉傷

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費不符合中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者之中醫醫療院所 1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在二十五人次以下部分(≤25)一看診時未聘有護理人員在場服務者 (A02)	1		1		查卷附資料，○○○、○○○共 2 案，確如健保署審核意見所載，病情紀錄簡略，未能辯證論治，四診不完整，無脈象、舌診，自無法顯示需給付所請「一般門診診察費（A02）」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 6

摘要：病歷紀錄無針灸穴位，不符行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項：「針灸應詳細註明穴位（區、帶、點、線）」之規定。

費用年月： 104/08 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 女性 年齡： 50 歲

診斷： 踝扭傷及拉傷、下肢挫傷

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費不符中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者之中醫醫療院所 2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過二十五人次，但在五十人次以下部分 (26-50) 一看診時未聘有護理人員在場服務者 (A04)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(三)2.(1):「中醫傷科應敘明理筋推拿手法或傷科處置內容，不得僅記載推拿二字，針灸應詳細註明穴位（區、帶、點、線），如未依規定載明者，應核扣診察費……」。</p> <p>二、 查卷附資料，依系爭就醫日病歷紀錄，無針灸穴位，不符前開規定，無法顯示需給付所請「一般門診診察費 (A01)、(A04)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

中醫案例 7

摘要:四診中無發病時間及期間，脈象無代脈，不足以支持診斷為「其他特定之心臟節律不整」。

費用年月： 104/09 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 女性

診斷： 其他特定之心臟節律不整

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費不符合中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者之中醫醫療院所 2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過二十五人次，但在五十人次以下部分 (26-50) 一看診時未聘有護理人員在場服務者 (A04)	1		1		查卷附資料，確如健保署審核意見所載，且病歷記載之症狀不明確，四診中無發病時間及期間，脈象無代脈，不足以支持診斷為「其他特定之心臟節律不整」，自無法顯示需給付所請「一般門診診察費 (A04)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

中醫案例 8

摘要：診斷為扭傷或挫傷，惟病歷未載明發病時間及病因，核與規定不符。

費用年月： 104/03 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 女性 年齡： 77 歲

診斷： 臀部挫傷

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
一般門診診察費 -(一)中醫評鑑合格 之中醫醫院或醫院 附設中醫部門，經向 中醫總額支付制度 受託單位申請且審 查合格者：1.每位專 任中醫師每月看診 日平均門診量在五 十人次以下部分(≤ 50)一看診時聘有護 理人員在場服務者 (A82)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部、十七：「診斷病名為扭傷或挫傷時，未於病歷上載明病人主訴之發生時間及原因者，應加強審查。」。</p> <p>二、 查所附病歷資料，依前開規定，診斷為扭傷或挫傷，未載明發病時間及病因，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>

中醫案例 9

摘要:病情紀錄內容簡略，未能辯證論治，四診中無發病時間及期間，四診不完整，且不符中醫助孕照護處置費申報規定。

費用年月： 104/09 類別： 門診

科別： 中醫科 性別： 男性 年齡： 39 歲

診斷： 男性不孕症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) (P39001)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫九、(一) 2. 十、(一) 附件二全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫給付項目及支付標準表編號 P39001 中醫助孕照護處置費 (含針灸處置費) 註：</p> <p>「須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。」、「照護處置費包括…體質證型…衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。」</p> <p>二、 查卷附資料，○○○案，確如健保署審核意見所載，病情紀錄內</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					容簡略，未能辯證論治，四診中無發病時間及期間，四診不完整，且不符前開規定，自無法顯示需給付所請「中醫助孕照護處置費（P39001）」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

肆、西醫案例

內科系案例 1

摘要:首次領取慢性腎衰竭且須接受定期透析治療者,於重大傷病卡有效起日30日內,申報急重症透析項目,符合規定。

費用年月: 103/01 類別: 門診

科別: 洗腎科 性別: 男性 年齡: 89 歲

診斷: 慢性腎衰竭、其他失眠、下肢其他蜂窩組織炎及膿瘍,足除外

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
血液透析(一次)- 門診-急重症透析 (58027C)	1	1			<p>一、查卷附資料,分述如下:</p> <p>(一)系爭「血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)」計1次費用之給付。</p> <p>(二)健保署複核意見為「查103年1月1日病歷紀錄,仍非屬急性期個案透析,因病患並非在緊急情況下接受HD」,不同意給付。</p> <p>(三)申請理由主張略以:「此患者領取585慢性腎衰竭重大傷病卡起用日期:102年12月2日,申請首次洗腎日期於103年1月1日,符合支付標準規定58027C」等語,並有「重大傷病患者基本資料查詢網頁」附卷可稽,核符行為時全民健康保險醫</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節「血液透析（一次）-門診-急重症透析（58027C）」項目註2.(5)「急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日30日內申報，含有效卡3個月)」之規定。</p> <p>二、綜上，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。</p>

內科系案例 2

摘要：病人左側額葉有癲癇病灶及皮質功能異常，且有智能不足之嚴重問題，疑似partial epilepsy with secondary GTC，系爭「TOPAMAX FILM-COATED TABLETS 100MG」用藥符合規定。

費用年月： 104/04 類別： 門診

科別： 神經科 性別： 女性

診斷： 全身性抽搐癲癇併難治之癲癇、大發作性癲癇、其他失眠

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
TOPAMAX FILM-COATED TABLETS 100MG (BC22508100)	112	112			查所附資料，依病歷記載，病人左側額葉有癲癇病灶及皮質功能異常，且有智能不足之嚴重問題，疑似partial epilepsy with secondary GTC，系爭用藥符合行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之1.3.2.3.1，所請尚屬合理，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。

摘要:同日不同疾病，並由不同醫師診療，同意給付。

費用年月： 104/02 類別： 門診

科別： 家醫科 性別： 男性 年齡： 67 歲

診斷： 急性胃炎，未提及出血、功能性腹瀉、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明
示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
一般門診診察費— 基層院所門診診察 費1·每位醫師每日 門診量在四十人次 以下部分(1-1)處 方交付特約藥局調 劑(1-30 人次) (00109C)	1	1			查所附病歷資料，病人於系爭就醫日期104年2月1日上午就診之症狀與診斷為上呼吸道感染，同日下午因腹瀉等胃腸症狀再次就醫，診斷為胃炎，係為不同疾病並由不同醫師診療，所請尚屬合理，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。
BUTYPON S.C. TABLETS (AC11124100)	9	9			
DOMPE TABLETS 10MG "H.H." (DOMPERIDONE) (AC28461100)	9	9			

摘要:審查注意事項有關「液態氮冷凍治療(51017C)」僅明訂病灶數量，並未明訂病灶數量應檢附照片供核，保險人以「未附照片」為由不予給付，即有未洽。

費用年月： 103/09 類別： 門診

科別： 家醫科

診斷： 病毒性疣、皮膚及皮下組織局部感染

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
液態氮冷凍治療 (51017C)	1	1			<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、十、(一) 1.(1):「液態氮冷凍治療(51017C):病灶數量需3個(含)以上或總面積大於2平方公分(> 2cm²)，或必須先做削皮(shaving)處置者。」</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：請附照片。</p> <p>(二) 複核：未附照片或圖示。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>本次病歷抽審是至少12個月1次的例行抽審，並非有特定治療項目異常申報或立意抽審案件，附件第七項是指申報異常時，嗣後</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>申報時應檢附照片，此次正常申報抽審卻依此條文來核刪費用。</p> <p>四、本部審定理由</p> <p>查卷附資料，渠等2案，依病歷紀錄，有四個病毒疣之病灶，而依前揭規定，並未明訂病灶數量應檢附照片供核，健保署審核意見以「未附照片」為由不予給付，即有未洽，本件施行系爭處置尚屬合理，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。</p>

摘要:收案前 90 天內曾在同院所就醫者，符合「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之收案條件。

費用年月： 102/12 類別： 門診

科別： 內分泌科 性別： 男性 年齡： 55 歲

併有腎病表徵之第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明示型糖尿病，未敘述為診斷：
無法控制

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
初期慢性腎臟病新收案管理照護費 (P4301C)	1	1			<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案伍、二、(二)前段：「收案要求：收案前90天內曾在該院所就醫」。</p> <p>二、 健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核：0307A，CKD未>3M以上，不符收案。</p> <p>(二) 複核：102年11月4日剛申請慢連診察費555，102年12月19日申請一般診察費220，102年12月26日申請慢連診察費555，同一疾病頻繁就診，本應刪診察費。</p> <p>三、 申請人主張</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(一) 申復理由：收案要求：「收案前90天內曾在該院所就醫」，而非審查醫師所言須大於3個月才可收案。</p> <p>(二) 申請爭議理由：請參見原申復內容，一切符合P4301C初期慢性腎臟病改善方案之規定。申復的審查醫師片面提及審查費(應為診察費)，更與此項目無關。</p> <p>四、查所附病歷資料，依病情記載，符合全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之收案規定，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。</p>

摘要:不同科別醫師不同時間分別開立降血脂藥品，尚屬合理，另為求用藥之有效管理與追蹤，宜由同一位醫師開立藥品。

費用年月： 104/04 類別： 門診

科別： 心臟血管內科 性別： 男性

診斷： 其他心絞痛、二尖瓣及主動脈瓣疾病、腎上腺皮質功能不足

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
EZETROL TABLETS 10MG (BC24058100)	30	30			查所附病歷資料，申請理由略以：「Atorvastatin在103年7月16日開始吃，103年6月11日的Total -cholesterol：263mg/dL，LDL-C 133 mg/dL，而103年9月25日 LDL-C：109 mg/dL，故在103年10月1日加上Ezetrol處方。」，依病情記載，心臟內科於104年4月1日開立系爭藥品30日，新陳代謝科於104年4月22日開立atorva- statin 28日，符合行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.6.2.2，所請尚屬合理，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。另為求用藥之有效管理與追蹤，宜由同一位醫師開立藥品，併予敘明。

摘要:病人為紅斑性狼瘡患者，已在使用Imuran，併用系爭Feburic與該藥品適應症不符。

費用年月： 102/09 類別： 門診

科別： 風濕免疫科

診斷： 全身性紅斑狼瘡、慢性腎衰竭、關節病變

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
FEBURIC 80 MG FILM COATED TABLETS (B025427100)	28		28		查卷附資料，○○○1人6案，申請人雖略稱：「Imuran是治療SLE的重要藥物，對SLE病情控制是有幫助的，Feburic是針對腎臟功能不佳之痛風患者之降尿酸藥物，雖兩者之間有些不良影響，但是病人無此副作用，且臨床須要等」，惟依衛生福利部食品藥物管理署核准系爭Feburic藥品許可證登載之禁忌症為：「正在使用azathioprine(Imuran)或mercaptopurine的患者禁用Feburic」，查病人為紅斑性狼瘡患者，已在使用Imuran，併用系爭Feburic (B025427100)與該藥品適應症不符，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。

摘要：已長達 4 年無處方降血脂藥品之記載，亦無經 3-6 個月非藥物治療之記錄，開立系爭「LIPITOR FILM-COATED TABLETS 10MG」藥物不符規定。

費用年月： 104/08 類別： 門診

科別： 家醫科 性別： 男性 年齡： 61 歲

診斷：

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
LIPITOR FILM-COATED TABLETS 10MG (BC22886100)	28		28		查所附病歷資料，申請理由雖略稱：「病患為60歲男性，有高血壓、高血脂等慢性疾病，於民國100年1月22日診斷高血脂問題，嘗試飲食控制6個月效果不彰，故曾於100年7月使用Atorvastatin 10mg治療，中間一度loss of follow up，直到近期返診追蹤，膽固醇rebound，故重新開立藥物。期間檢驗報告：100年1月21日CHO：246、TG：251；100年7月2日CHO：255、TG：186；104年8月11日CHO：262、TG：102、LDL：176、HDL：66。此個案危險因子(2)：高血壓、男性>45歲。」，惟查除申請人所稱「曾於100年7月使用Atorvastatin 10mg治療」之外，至系爭就醫日期104年8月14日已長達4年無處方降血脂藥品之記載，亦

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					無於系爭就醫日期前，經3-6個月非藥物治療之記錄，開立系爭藥物，不符行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.6.1，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。

摘要：因施行檢查而需使用之清腸藥品，依健保給付規定，應包含於檢查費用中。

費用年月： 104/09 類別： 門診

科別： 內科 性別： 男性 年齡： 55 歲

診斷： 內痔，伴有其他併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
JETOO SUPPOSITORIES "MEIDER" (AC46258500)	12		12		<p>一、 相關規定</p> <p>改制前行政院衛生署中央健康保險局99年12月24日健保醫字第0990041183號函要旨「『大腸纖維鏡檢查』(支付代碼28017C)係收載本保險支付標準第二部第二章第一節檢查診療項目中，而大腸鏡檢查原本即需清腸道始能為之，故不論採用何種清腸方式，仍由醫療院所視病患情況決定採用何種清腸方式，惟相關試藥、內服藥劑應內含於該項檢查項目中。」。</p> <p>二、 查卷附資料，申請理由已自承：「(系爭日)9月25日就醫時安排10月2日進行乙狀結腸鏡檢查，</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>…，清腸施做腸鏡檢查，先給予栓劑是合理處置。」，則系爭「JETOO SUPPOSITORIES "MEIDER" (AC46258500)」係因施行檢查而需使用之清腸藥品，依前揭規定，應包含於檢查費用中，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>

摘要：系爭檢查均已包含於血液透析費用內，且就醫日與血液透析日為同1日，病情非突發、不可預期之變化，無於液透析日另至門診由不同醫師診察之必要性。

費用年月： 103/04 類別： 門診

科別： 內科

診斷： 睡眠障礙、慢性持續性肝炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶 (09025C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>改制前健保局84年8月10日健保醫字第0000000000號函要旨：血液透析費用乃按次支給之定額給付方式，其所定點數內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料及特殊藥劑等費用，故透析患者常用之藥品：如降血壓藥物、心臟病藥物、保肝片、維他命、胃腸藥及緩解症狀之常用藥品，簡單感冒藥暨相關常規檢查（生化、血、尿、糞便、心電圖）等，均已包含於血液透析費用內，至於與尿毒症治療無關之藥品、處置及緊急輸血、EPO之費用得另外申報。</p> <p>二、 查卷附資料，渠等9案，確如健</p>
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 (09026C)	1		1		
一般門診診察費－ 基層院所門診診察費 2．每位醫師每日門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50) (3) 未開處方或處方由本院所自行調劑 (00112C)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>保署審核意見所載，且依病歷紀錄，系爭就醫日與血液透析日為同一日，病情非突發、不可預期之變化，屬透析醫師診察後可處理之範疇，無於血液透析日另至門診由不同醫師診察之必要性，不足以支持申報系爭「一般門診診察費（00112C）、（00158C）、（00111C）、（00109C）、（00110C）、（00223C）」之必要性，其中○○○案，申報系爭「S-GOT/AST（09025C）」、「S-GPT/ALT（09026C）」檢查與前揭規定不符。</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>

摘要:2個危險因子以上，TC \geq 200mg/dL，給藥前仍應有3-6個月非藥物治療紀錄。

費用年月： 104/12 類別： 門診

科別： 神經科 性別： 女性 年齡： 62 歲

診斷： 本態性高血壓、慢性缺血性心臟病、眩暈徵候群及迷路疾患

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
VATATIN F.C. TABLETS 20MG "STANDARD" 〈AB47348100〉	30		30		查卷附資料，申請理由雖略稱：「病患本身有缺血性心臟病，膽固醇大於160即可使用藥物」云云，惟依病歷紀錄，系爭就醫日僅病歷記載：「ISCHEMIC HEART AND DIZZINESS。」，無其他相關佐證資料供核，不足以支持病人為心血管疾病患者，確如健保署初核審核意見所載，系爭用藥不符前揭規定，另申請人主張：「2個危險因子以上的病人，血脂大於200以上，即可使用降血脂藥物。」，惟依行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.6.1.，給藥前應有3-6個月非藥物治療，所稱核有誤解，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。

摘要:慢性腎衰竭充血性心臟衰竭病人，Cre值不佳，且已使用他項高劑量藥品，不足以支持增加系爭「MYCROS TABLETS 0.5MG」藥品之必要性。

費用年月： 103/02 類別： 門診

科別： 腎臟內科 性別： 女性 年齡： 57 歲

診斷：

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
MYCROS TABLETS 0.5MG (A050772100)	7		7		<p>一、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：0308A【適應症／種類／用量(劑量／天數等)不符藥品/特材給付規定／醫療常規】，已使用 Laxis 3 Tid，Mycros使用 indication？</p> <p>(二) 複核：0308A。</p> <p>二、 申請理由主張</p> <p>患者有心衰竭腎衰竭，使用 lasix 之劑量已高，但仍有水腫狀況，mycros之作用機轉與 Lasix 不同，為避免患者日後肺水腫而又再度入院，以及更高劑量 Lasix 所出現之副作用，合併 mycros 以改善 fluid overload 乃合理之選擇。</p> <p>三、 審定理由</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					查所附病歷資料，依病情及檢查報告記載，病人為慢性腎衰竭充血性心臟衰竭患者，Cre值為6.5mg/dL，且已使用高劑量Laxis 3劑/TID，不足以支持使用系爭藥品之必要性，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：病人為慢性C型肝炎患者，病灶無明顯變化，不足以支持未相隔3個月，即再次實施腹部超音波檢查之必要性。

費用年月： 104/08 類別： 門診

科別： 腸胃內科 性別： 男性 年齡： 35 歲

診斷： 慢性 C 型肝炎，未提及肝昏迷、肝功能檢查之非特定性異常結果、其他失眠

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
腹部超音波(包括肝 liver, 膽囊 gall bladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferior vena cava, 腹主動脈 abdominal aorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominal others 在內)(19001C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(二) 5. (21-4):「對於慢性B、C型肝炎在追蹤中發現有疑似惡性病灶，建議首次間隔2個月實施一次腹部超音波檢查，若無明顯變化，則改相隔3個月實施一次腹部超音波檢查-追蹤性檢查(診療代碼19009C)為適用原則。」。</p> <p>二、 查卷附資料，病人為慢性C型肝炎患者，104年4月30日已實施一次「腹部超音波(19001C)」檢查，惟依病情記載，病灶無明顯變化，不足以支持未相隔3個月，於系爭就醫日期104年7月2日</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					再次實施該檢查之必要性，且健保署依前揭規定，改核「腹部超音波，追蹤性（19009C）」，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。

外科系案例 1

摘要：病歷無肛門劇痛之相關記載，宜先施行檢查，不足以支持遽以施行手術之必要性。

費用年月： 102/10 類別： 住院

科別： 直腸外科 性別： 女性 年齡： 67 歲

診斷： 肛門裂、直腸及肛門狹窄、內痔，未提及併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
肛門及瘻孔手術 (2)，無合併症或併發 症 (Tw-DRGs 碼:15802)	1		1		<p>一、查所附病歷資料，分述如下：</p> <p>(一) 病情診斷：病人主診斷為 Chronic anal fissure with sentinel pile。</p> <p>(二) 診療情形：102 年 10 月 4 日入住申請人醫院，接受 Fissurectomy with partial internal sphincterotomy 手術，102 年 10 月 5 日出院。</p> <p>(三) 醫療專業判斷：依病情記載，無肛門劇痛之相關記載，宜先施行檢查，不足以支持遽以施行系爭肛門及瘻孔手術(2)，無合併症或併發症 (Tw-DRGs 碼:15802) 之必要性。</p> <p>二、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>

摘要:使用「DULCOLAX (BC256961G0)」係因施行大腸鏡檢查而需使用之清腸藥品，應包含於大腸鏡檢查費用中。

費用年月： 103/12 類別： 門診

科別： 直腸外科 性別： 女性

診斷： 直腸惡性腫瘤、結腸惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
DULCOLAX ENTERIC SUGAR COATED TABLET 5MG(鋁箔/膠箔) (BC256961G0)	3		3		<p>一、 相關規定</p> <p>改制前中央健康保險局99年12月24日健保醫字第0000000000號函要旨</p> <p>「『大腸纖維鏡檢查』(支付代碼28017C)係收載本保險支付標準第二部第二章第一節檢查診療項目中，而大腸鏡檢查原本即需清腸道始能為之，故不論採用何種清腸方式，仍由醫療院所視病患情況決定採用何種清腸方式，惟相關試藥、內服藥劑應內含於該項檢查項目中。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：</p> <p>1. 大腸鏡檢查部分：可先做直腸</p>
門診藥事服務費— 一般處方給藥(7天以內)(05201A)	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>鏡。</p> <p>2. DULCOLAX、門診藥事服務費部分:配合colonoscopy核刪。</p> <p>(二) 複核:</p> <p>1. 大腸鏡檢查部分:0524A(非必要之檢查或檢驗)。</p> <p>2. DULCOLAX部分:0308A(適應症/種類/用量?劑量/天數等]不符藥品/特材給付規定/醫療常規)。門診藥事服務費部分:0343A(藥事服務費因住院日數/藥費/檢查不予支付,併同不予支付)。</p> <p>三、申請理由主張</p> <p>根據 NCCN Guideline, 直腸癌病患術後第一年應接受大腸鏡檢, 此病患符合Guideline, 請准予給付。</p> <p>四、本部審定理由</p> <p>(一) 查卷附資料, 依病情記載, 病人為惡性直腸腫瘤併肺部轉移患者, 於102年6月17日施行LAR(腹腔鏡直腸癌切除並肛門保留手術:Low Anterior Resection)手術, 並於系爭就</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>醫日103年12月2日開立大腸鏡檢查、「DULCOLAX (BC256961G0)」, Niflec Powder(自費), 於103年12月8日施行該檢查。</p> <p>(二) 查卷附資料, 系爭「DULCOLAX (BC256961G0)」係因施行系爭大腸鏡檢查而需使用之清腸藥品, 依前揭規定, 應包含於大腸鏡檢查費用中, 自無法顯示需給付所請「DULCOLAX (BC256961G0)」, 「門診藥事服務費 (05201A)」費用之正當理由, 原核定並無不合, 應予維持。</p>

外科系案例 3

摘要:未經事前審查同意,即先逕予為病人施予手術,即與規定不符,況依病情記載,亦非屬緊急手術,自不足以支持申報系爭項目之適當性。

費用年月: 104/04 類別: 住院

科別: 脊椎骨科 性別: 男性 年齡: 64 歲

診斷: 腰椎或腰骶椎椎間盤退化、腰椎狹窄

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
椎弓切除術(減壓) — 二節以內 (83002C)原支付成 數 0.31 改核為 1.53 之差額	1		1		查所附病歷資料,病人於104年3月28日接受系爭脊椎融合手術(83046B、83004B),惟申請人於104年4月1日始提出特材 "ZIMMER" SPINE ARDIS INTERBODY SYSTEM" (事前審查申請,健保署於104年4月7日核定不予同意。則申請人既未經事前審查同意,即先逕予為病人施予系爭項目,即已與規定不符,況依病情記載,亦非屬緊急手術,不足以支持申報系爭項目之適當性,自無法顯示需給付所請費用之正當理由,原核定並無不合,應予維持。
脊椎融合術—前融合 2.有固定物 (1)≤四節(83044B)	1		1		
脊椎融合術—後融合 2.有固定物 (1)≤六節(83046B)	1		1		

外科系案例 4

摘要：病歷無身體診察異常及經藥物治療達半年之相關記載，不符「HYA-JOINT SYNOVIAL FLUID SUPPLEMENT(2.5ML/支)」殊材料給付規定。

費用年月： 104/04 類別： 門診

科別： 骨科 性別： 女性 年齡： 81 歲

診斷：

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
HYA-JOINT SYNOVIAL FLUID SUPPLEMENT(2.5 ML/支)每次療程注射三次※適應症請見備註欄 (FBT01HJ001V0)	1		1		查所附病歷資料，病歷無身體診察異常及經藥物治療達半年之相關記載，不符行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第84條附件七特殊材料給付規定之分類碼D108-6，備註欄：一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用，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。
關節腔內注射 (39005C)	1		1		

摘要:未顯示神經症狀有惡化之現象，且術後僅1個月，宜再觀察，避免病人連續暴露於輻射環境，不足以支持逕予系爭「磁振造影—無造影劑（33084B）」檢查之必要性。

費用年月： 104/05 類別： 門診

科別： 骨科 性別： 女性 年齡： 55 歲

診斷： 腰骶椎關節退化，未伴有脊髓病變、老年性骨質疏鬆症、腰椎椎間盤移位，未伴有脊髓病變

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
磁振造影—無造影劑（33084B）	1		1		查卷附資料，本件為健保署執行「CT/MRI 90天內執行≥3次專案審查」爭議案，依104年3月5日與系爭就醫日104年5月12日門診病情記載，未顯示神經症狀有惡化之現象，且術後僅1個月，應仍於恢復期中，宜再觀察，避免病人連續暴露於輻射環境，不足以支持逕予系爭檢查之必要性，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。

外科系案例 6

摘要:依影像檢查結果顯示，病人為橈骨骨折，卻施行尺骨手術，有主手術或處置之醫療品質不符專業認定情形。

費用年月： 103/03 類別： 住院

科別： 骨科 性別： 女性 年齡： 63 歲

診斷： 橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
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，其他肩肘或上肢手術，無合併症或併發症（Tw-DRGs碼:22404）	1		1		查所附病歷資料，系爭「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，其他肩肘或上肢手術，無合併症或併發症（Tw-DRGs碼:22404）」項目，依影像檢查結果顯示，病人為橈骨骨折，卻施行尺骨手術，有主手術或處置之醫療品質不符專業認定情形，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。

摘要：實施支付標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。

費用年月： 103/01 類別： 住院

科別： 放射腫瘤科 性別： 男性

診斷： 接受化學治療、舌部惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
內頸靜脈切開，永久導管放置術 (69039B)	2		2		<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一部總則五：「各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。」。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(三)、54中段：「Port-A導管植入術(47080B)，不可以血管探查(69005B)申報」。</p> <p>(三) 健保署103年11月17日健保醫字第0000000000號函要旨</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>1. 主旨：貴院建議全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「動脈內插管手術及動脈PORT植入術」診療項目乙案。</p> <p>2. 本署依全民健康保險法第41條規定，提至103年10月21日召開之全民健康保險醫療服務給付及支付標準共同擬訂會議討論案第二案討論結論，目前以植入動脈PORT執行化學治療，屬少數醫院及少數醫師執行，非主流臨床治療指引，目前99%仍以靜脈植入PORT為主，故不同意新增本診療項目，建議執行院所比照支付標準編號47080B「治療性導管植入術-Port-A導管植入術」申報。</p> <p>二、健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核：或依外科審查注意事項第54條規定，只能申報47080B，改支47080B；或手術紀錄記載不明、不清楚，繪圖有誤、塗改過多，困難辨識；或只做Port-A置入，未見內頸靜脈切開術；或改支「肌肉或深部組織腫瘤切除術及異物取出術（62009C）」。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(二) 複核：依健保醫字第1030034341號函釋，動脈內插管手術及動脈PORT植入術應比照支付標準47080B「治療性導管植入術-Port A導管植入術」申報為宜。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) 本院動脈內插管化學治療，因疾病部位特殊，如頭頸癌、肢手足癌、外陰生殖器癌、肝胰癌、消化道癌等，必須先接受手術處置後再作動脈PORT植入手術兩種過程，故申報手術費用和PORT植入術費用。</p> <p>(二) 因其手術費用在健保支付標準未有列項，本院依健保支付標準第一部總則五-按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟致○○業務組誤認本院PORT植入申報血管吻合術，因有疑義，雙方共識由本院102年5月30日提申請動脈內插管手術及動脈PORT植入術健保新增項目。</p> <p>(三) 103年11月17日函健保醫字第0000000000號函示，以植入動脈PORT執行化學治療，屬少數</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>醫院及少數醫師執行，非主流臨床治療指引等未同意新增診療項目，建議比照支付標準47080B（Port-A導管植入術）申報。</p> <p>（四）103年11月17日函示以前案件，本院依支付標準第一部總則五-按其最近似之各該編號項目所訂定點數申報，並無不當，理應核減理由不能以103年11月17日函示依據核刪，顯與行政程序法有違。</p> <p>四、健保署補充意見</p> <p>（一）本案說明</p> <p>1. 本署○○業務組檔案分析102年各醫院施行癌症化學藥品治療申報之處置，發現申請人申報Port-A導管植入處置(47080B)較轄區其他醫學中心顯有不同，申請人執行處置時申報併報血管探查(69005B)，違反全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(三)外科審查注意事項54規定：Port-A導管植入術(47080B)申報規定。因申請人主張處置內容及術式皆不同於一般導管植</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>入，爰申請人循新增診療項目申請「動脈內插管手術及動脈Port-A植入術」，本署103年11月17日健保醫字第0000000000號函復，說明主張之處置屬少數醫院及少數醫師執行，非主流臨床治療指引，建議執行院所比照支付標準47080B「治療性導管植入術-Port-A導管植入術」申報。</p> <p>2. 103年起申請人主張以支付標準第一部總則伍略以各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之編號項目…申報，故選以69039B頸靜脈切開永久導管放置術申報費用。</p> <p>(二) 針對本案專業審查見解</p> <p>查申請人為渠等個案施行手術均為Superficial(表層)動脈植入導管再送其先端至深層，就其手術內容、技巧、均較接近一般Port-A implantation，本署支付標準項目69039B頸靜脈切開永久導管放置術，臨床運用於末期腎臟疾病患者，因長期透析所需，置入導</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>管術式與前開明顯不同，就心血管外科專業觀點仍認為支付47080B為合理。</p> <p>五、查卷附資料，渠等個案係為施行動脈內插管化學治療，因處置療法特殊，且無健保支付項目，申請人分別以「血管探查(69005B)」、「內頸靜脈切開，永久導管放置術(69039B)」申報，依病歷記載，分述如下：</p> <p>(一)「動脈內插管化學治療」處置療法，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，應為「治療性導管植入術-Port-A導管植入術(47080B)」，且血管探查亦為必要之步驟，不應另行申報。</p> <p>(二)由頸動脈之分枝切開置入，近似頸靜脈置入，非比照內頸靜脈之切開。腫瘤化療人工血管植入以47080B申報，又原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>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。</p>

外科系案例 8

摘要：病歷未顯示有新病症，不足以支持短期內再次施行系爭「腹部超音波，追蹤性（19009C）」檢查之必要性。

費用年月： 104/05 類別： 門診

科別： 泌尿科 性別： 男性

診斷： 腎結石、腎水腫

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
腹部超音波，追蹤性 (19009C)	1		1		查所附病歷資料，申請理由雖略稱：「超音波是腎水腫之監測惟一非輻射之檢查且可於診所執行之設備，非其他檢查所能取代」云云，惟依病情記載，病人於104年5月20日（第1次）施行腹部超音波檢查固發現有hydronephrosis，然未顯示有新病症，不足以支持於3天後之系爭就醫日期同年月23日（第2次）再次施行系爭檢查項目之必要性，且姑不論是否已排除結石，腹部超音波影像並不會於3天內有大變化，亦非診斷及治療決策上之必要參考，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。

摘要:僅就診1次，且未有其他檢查報告佐證，不足以支持逕予施行系爭「膀胱鏡檢查（28019C）」項目之必要性。

費用年月： 104/07 類別： 門診

科別： 泌尿科 性別： 女性 年齡： 26 歲

診斷： 泌尿道感染

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
膀胱鏡檢查 (28019C)	1		1		<p>一、查卷附資料，申請理由雖略稱：「患者因長期反覆下泌尿道不適，在本診所及外院看診數個月，使用多種抗生素及藥物都不見效果」云云，惟依病歷記載，病人僅104年7月9日就診1次，且未有其他檢查報告佐證，如culture或一般urinalysis，不足以支持於系爭就醫日期（同年月16日）逕予施行系爭「膀胱鏡檢查（28019C）」項目之必要性，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>二、至申請理由主張：「依據台灣泌尿科醫學會出版之"臨床泌尿學"上冊第9章，P230"非因感染所</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					造成的下尿路症狀，為使用尿道膀胱鏡檢查主要適應症"」云云，惟所引之情境，與本件完全迥異，自無從比附援引，所稱核有誤解，併予敘明。

摘要:大範圍燒燙傷，以48018C申報，但不可超過4次，如須延長應繪圖詳加說明及附照片，第5次以後以48013C申報。

費用年月： 104/07 類別： 門診

科別： 整型外科

診斷： 換藥

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)－體表面積 \leq 10 BSA(相當半肢面積)(48018C)	2		2		<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、三、(二)3.(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，之後以48018C申報，但不可超過4次，如須延長應繪圖詳加說明及附照片，第5次以後以48013C申報。」。</p> <p>二、 查卷附資料，○○○1人3案，依104年8月11日之「特約醫事服務機構門診處方及治療明細」顯示，申請人申報「皮面創傷換藥－</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由																																							
		撤銷	駁回	撤銷另核																																								
續前頁					體表面積≤10 BSA(相當半肢面積)(48018C)」項目之就醫日期及次數、數量及健保署核定結果等資料，彙整臚列如下表：																																							
	<table><tr><th rowspan="2">流水號</th><th rowspan="2">就醫日期</th><th colspan="3">申報</th><th rowspan="2">健保署核定結果</th></tr><tr><th>診療項目</th><th>次數 (第/單位)</th><th>數量</th></tr><tr><td>39</td><td>104年7月9日</td><td rowspan="6">48018C</td><td>1</td><td>2</td><td rowspan="3">給付</td></tr><tr><td>51</td><td>104年7月11日</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>56</td><td>104年7月13日</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td rowspan="3">系爭3案</td><td>66</td><td>104年7月14日</td><td>4</td><td>2</td><td>改支48013C*2</td></tr><tr><td>70</td><td>104年7月15日</td><td>5</td><td>2</td><td>改支48013C*2</td></tr><tr><td>78</td><td>104年7月16日</td><td>6</td><td>2</td><td>改支48013C*2</td></tr></table>					流水號	就醫日期	申報			健保署核定結果	診療項目	次數 (第/單位)	數量	39	104年7月9日	48018C	1	2	給付	51	104年7月11日	2	2	56	104年7月13日	3	2	系爭3案	66	104年7月14日	4	2	改支48013C*2	70	104年7月15日	5	2	改支48013C*2	78	104年7月16日	6	2	改支48013C*2
	流水號	就醫日期	申報					健保署核定結果																																				
			診療項目	次數 (第/單位)	數量																																							
	39	104年7月9日	48018C	1	2	給付																																						
	51	104年7月11日		2	2																																							
	56	104年7月13日		3	2																																							
	系爭3案	66		104年7月14日	4	2	改支48013C*2																																					
		70		104年7月15日	5	2	改支48013C*2																																					
		78		104年7月16日	6	2	改支48013C*2																																					
三、 承上表所示，健保署於申請人申報系爭「皮面創傷換藥一體表面積≤10 BSA(相當半肢面積)(48018C)」項目之第4次固改支為「手術、創傷處置及換藥一大換藥(20公分以上)large(>20cm)(48013C)」項目，惟病歷紀錄簡略，亦未繪圖詳加說明，不足以支持第4次申報系爭項目之必要性，且健保署依前揭規定，第5次以後改支48013C項目，核屬有據。																																												
四、 綜上，均無法顯示需給付所請費																																												

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>五、另申請理由主張：「依外科審查注意事項 2.(5)……48018C 部分須延長應詳加說明。」，然貴診所為西醫基層醫療機構，並非醫院，自無從比附援引，所稱核有誤解，又依照片、病人之傷口面積及換藥次數，屬嚴重燒燙傷，宜轉介至醫院治療，以維護病患權益及安全，併予敘明。</p>

摘要:多處傷口之處置、換藥,其傷口面積之計算,係將全身劃分為頭頸部、軀幹、四個肢體共六區,同一區域之傷口長度或面積應併計核算。

費用年月: 104/10 類別: 門診

科別: 外科 性別: 男性 年齡: 19 歲

診斷: 上肢多處開放性傷口,未提及併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
手術、創傷處置及換藥—大換藥(20公分以上)(48013C)	4		4		<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、三、(二)傷口之處置、換藥之審查原則:「1.多處傷口之處置、換藥,其傷口面積之計算,係將全身劃分為頭頸部、軀幹、四個肢體共六區,同一區域之傷口長度或面積應併計核算。」。</p> <p>二、查卷附資料,依病歷記載,兩個傷口分別為10*5公分及15*8公分,皆未大於20公分,確如健保署審核意見所載,自無法顯示需給付所請「手術、創傷處置及換藥—大換藥(20公分以上)(48013C)」費用之正當理由,原核定並無不合,應予維持。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>三、至申請理由主張：「創傷換藥，健保支付只定出一個長度標準，(20公分以上)，這是直線長度嗎？或是圓的直徑，或是面積的平方？從未明確規定」云云，惟傷口之處置、換藥審查原則，業已明訂於前揭規範，所稱核有誤解，併予敘明。</p>

婦產科案例 1

摘要：產程進展 1 小時胎頭未見下降，且有 2 次連續性胎心搏過慢，施行系爭「剖腹產（97009C）」尚屬合理。

費用年月： 104/05 類別： 住院

科別： 婦產科 性別： 女性 年齡： 39 歲

診斷： 胎兒窘迫影響對母親之處置，住院生產

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
剖腹產（97009C）	1	1			查所附病歷資料，依病情記載，產程進展1小時胎頭未見下降，且有2次連續性胎心搏過慢，所請尚屬合理，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。

婦產科案例 2

摘要:左唇顎裂非優生保健法所定足以認定胎兒有畸型發育之虞之範圍，
相關人工流產醫療費用，健保不予給付。

費用年月： 104/10 類別： 住院

科別： 婦產科 性別： 女性 年齡： 33 歲

胎兒異常影響對母親之處置，住院生產、懷孕 19+3 周 因產檢超音波發現胎兒
診斷： 左唇顎裂 施行引產手術

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
一般病床住院診察 費(天)〈02008B〉	2		2		查所附資料，申請理由略稱：「產檢發現baby左唇顎裂嚴重，故施行引產手術」等情，尚非優生保健法施行細則第12條所定足以認定胎兒有畸型發育之虞之醫學上理由之範圍。依行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、五、(六)2.「非治療需要人工流產之醫療費用，全民健康保險不給付。」規定，自不予給付，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。
急診觀察床(床/ 天)一病房費 〈03019B〉	1		1		
急診觀察床(床/ 天)－護理費 〈03043B〉	1		1		
尿一般檢查 〈06012C〉	1		1		
全套血液檢查 I (八 項)〈08011C〉	1		1		
白血球分類計數 〈08013C〉	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
婦科超音波 〈19003C〉	1		1		同上頁
甘油球灌腸 〈47004C〉	1		1		
會陰沖洗 一住院， 每日 〈55010C〉	2		2		
死胎之引產(超過 24 週) 〈81010C〉	1		1		
DEPYRETIN TABLETS 〈A020707100〉	8		8		
"DEXTROSE INJECTION 5% ""TAI YU"" 〈AC15218277〉	4		4		
ULEXIN CAPSULES 〈AC16706100〉	8		8		
ERGOLATE TABLETS 〈NC13083100〉	8		8		
住院藥事服務費 (天) 〈05215B〉	2		2		
大量液體點滴注射 〈39004C〉	1		1		

摘要：骨盆腔檢查，病歷必須有記載：「(1)已有性經驗者，宜記載子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之情形，至少也要記載其中之三項或以上有無病變或異常。(2)無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。」，始得申報。

費用年月： 104/08 類別： 門診

科別： 婦產科 性別： 女性 年齡： 40 歲

診斷： 其他部位白氏抹片之非特定性異常發現、其他部位白氏抹片之非特定性異常發現

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
骨盆腔檢查費 〈55021C〉	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、五、(三十四)1.:</p> <p>「骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下：(1)已有性經驗者，宜記載子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之情形，至少也要記載其中之三項或以上有無病變或異常。(2)無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。」</p> <p>二、 查卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) 系爭「骨盆腔檢查費(55021C)」部分，應依前開規定於病歷中記載相關內容(如：子宮大</p>
子宮頸抹片取樣 〈55012C〉	1		1		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>小、卵巢附屬器情形、子宮頸分泌物狀況、陰唇外陰情形等)。</p> <p>(二) 系爭「子宮頸抹片取樣(55012C)」部分，申請理由雖略稱：「政府推廣子宮頸抹片檢查，公共衛生單會轉介個案，且通知個案要接受治療，治療完畢後3至6個月要追蹤抹片狀況(檢附○○市衛生所通知個案之通知單)」云云，惟依病歷紀錄，已於104年5月25日施行系爭檢查，不足以支持系爭就醫日104年8月26日施行系爭檢查之必要性，且所稱之「○○衛生所通知個案之通知單」，僅係建議性質，尚難執為本案之論據。</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>

小兒科案例 1

摘要：病人等為1-11歲孩童，Reflux esophagitis LA class C，使用系爭「NEXIUM TAB. 40MG」藥品，符合規定。

費用年月： 103/01 類別： 門診

科別： 小兒科

診斷： 嬰兒性腦性麻痺、食道回流、神經性膀胱，NOS

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
NEXIUM TAB. 40MG(B023221100)	28	28			<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7.1.2(3)前段、7.1.2(4) 前段</p> <p>「消化性潰瘍及逆流性食道炎符合洛杉磯食道炎分級表(The Los Angeles Classification of Esophagitis※備註) Grade A或Grade B者，欲使用消化性潰瘍用藥，其使用期間以四個月為限，申報費用時需檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道X光攝影報告。」、「經上消化道內視鏡檢查，診斷為重度逆流性食道炎，且符合洛杉磯食道炎分級表(The Los Angeles</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>Classification of Esophagitis※ 備註) Grade C或Grade D者，得經消化系專科醫師之確認後可長期使用消化性潰瘍用藥一年。」。</p> <p>(二) 行為時衛生福利部食品藥物管理署核發NEXIUM TABLETS 40MG(耐適恩錠40公絲)藥品許可證適應症:「胃食道逆流性疾病之症狀治療」;仿單劑量及給藥法:「1至11歲孩童之用法用量請參閱『耐適恩懸浮用顆粒劑仿單』」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核: 0308A。</p> <p>(二) 複核: 0308A與仿單不符。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 健保署以一張仿單來否定原先的藥品給付規定，仿單並未針對洛杉磯食道炎分級及使用時間做說明，仿單所列為懸浮劑型，而本院僅有錠劑可使用，錠劑並不建議磨粉，所以僅能以1/2#或1#開立醫囑(1/4#或1/3#實在是為難家屬，因此類病童不多，院方不願進懸浮劑)，劑量上我們雖以0.5~1.0</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤銷另核	
續前頁					<p>mg/kg/day使用，但會依病童的臨床病況做調整，使用劑量上難免會有 off-label use(> 1.0 mg/kg/day)的情形，我們也會適度給予家長提醒注意肝腎功能，但截至目前為止，所有病童並未出現相關的併發症。</p> <p>(二) 有些病童曾嘗試給予其他消化性潰瘍用藥及氫離子幫浦阻斷劑(如Takepron)，效果欠佳，因此換成Nexium，才有顯著療效。</p> <p>(三) 有許多位是腦性痲痺兒，他們長期臥床，生活無法自理，都必須經鼻胃管進食，因鼻胃管的存在，反覆逆流性食道炎實在所難免，過去常因大量上消化道出血造成低血溶性，幾度進出加護病房，自從Nexium的長期使用，大大減低住加護病房的機會，同時也減少許多不必要的健保醫療支出。</p> <p>四、查卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) 渠等7人23案，為1-11歲兒童，健保署以100年6月本部食品藥品管理署藥品「NEXIUM」藥品仿單之劑量及給藥法：「12</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>歲以下之孩童由於無兒童相關臨床試驗資料，故Nexium不可用於孩童。」，不符仿單規定為由，核減系爭NEXIUM藥品費用，惟依前揭行為時仿單顯示，系爭藥品已可用於1-11歲孩童，健保署核減理由核屬有誤，先予敘明。</p> <p>(二) 其中○○○1人10案，為10歲腦性麻痺兒童，依病歷記載及所附102年5月30日、103年6月11日胃鏡報告，病人為Reflux esophagitis LA class C，使用系爭藥品，符合行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之7.1.2(4)。</p> <p>(三) 其餘個案，依病歷記載及所附胃鏡、上消化道攝影報告，使用系爭藥品，符合行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之7.1.2(3)。</p> <p>五、 綜上，原核定撤銷，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。</p>

小兒科案例 2

摘要:個案就醫目的係為追蹤卵圓孔未閉合情形(PF0)，尚非屬全民健康保險給付之「疾病、傷害、生育事故」範圍，且當日亦有其他醫師進行身體診察，無再由另一醫師進行診察並申報診察費之必要。

費用年月： 104/10 類別： 門診

科別： 小兒科 性別： 女性 年齡： 0 歲 6 個月

診斷： 卵圓孔型心房中隔缺損

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
一般門診診察費— 基層院所門診診察 費1·每位醫師每日 門診量在四十人次 以下部分(3-1)未 開處方或處方由本 院所自行調劑(1-30 人次)(00110C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險法第1條第2項:「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」。</p> <p>(二) 全民健康保險法第51條第1項第2款:「下列項目不列入本保險給付範圍：二、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：</p> <p>1. 買歆喬案，自費心臟超音波檢查，不宜掛健保。0904A。</p> <p>2. 呂億樺案，自費心臟超音波，宜掛</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>自費。0904A。</p> <p>(二) 複核：0904A，不同意給付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>此次回診為自費心超之追蹤，有施作理學檢查及心臟超音波檢查，惟診所無法申報心臟超音波檢查費，故僅申報診察費，並無浮報。</p> <p>四、查卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) 查心臟超音波檢查，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所列之醫事機構支付適用類別，為地區醫院、區域醫院及醫學中心，而申請人診所為基層醫療院所，其施行心臟超音波檢查，自非前開健保支付標準所列之適用類別，先予敘明。</p> <p>(二) 渠等2案，分別為5個月、2個月新生兒，因追蹤卵圓孔閉合情形(PFO)就診，自費施行心臟超音波檢查，並申報健保給付當次就診之診察費，茲彙整就醫相關資料如下表：</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由																																				
		撤銷	駁回	撤銷另核																																					
續前頁					<table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="3">就醫情形</th><th rowspan="2">費用來源</th><th rowspan="2">申報類別流水號</th><th rowspan="2">核刪與否</th></tr><tr><th>就醫日期</th><th>就醫診斷</th><th>看診醫師/專科</th></tr><tr><td rowspan="2">○○○</td><td>104年10月19日 (系爭)</td><td>Ostium secundum type</td><td>○○○/(小兒心臟)</td><td>健保</td><td>04107</td><td>有</td></tr><tr><td>104年10月19日</td><td>急性鼻咽炎</td><td>○○○/(兒科)</td><td>健保</td><td>013097</td><td>無</td></tr><tr><td rowspan="2">○○○</td><td>104年10月26日 (系爭)</td><td>Ostium secundum type</td><td>○○○/(小兒心臟)</td><td>健保</td><td>04145</td><td>有</td></tr><tr><td>104年10月26日</td><td>健康檢查(預防保健)</td><td>○○○(兒科)</td><td>國健署</td><td>A32654</td><td>無</td></tr></table>		就醫情形			費用來源	申報類別流水號	核刪與否	就醫日期	就醫診斷	看診醫師/專科	○○○	104年10月19日 (系爭)	Ostium secundum type	○○○/(小兒心臟)	健保	04107	有	104年10月19日	急性鼻咽炎	○○○/(兒科)	健保	013097	無	○○○	104年10月26日 (系爭)	Ostium secundum type	○○○/(小兒心臟)	健保	04145	有	104年10月26日	健康檢查(預防保健)	○○○(兒科)	國健署	A32654	無
		就醫情形			費用來源		申報類別流水號	核刪與否																																	
		就醫日期	就醫診斷	看診醫師/專科																																					
	○○○	104年10月19日 (系爭)	Ostium secundum type	○○○/(小兒心臟)	健保	04107	有																																		
		104年10月19日	急性鼻咽炎	○○○/(兒科)	健保	013097	無																																		
○○○	104年10月26日 (系爭)	Ostium secundum type	○○○/(小兒心臟)	健保	04145	有																																			
	104年10月26日	健康檢查(預防保健)	○○○(兒科)	國健署	A32654	無																																			
(三) 承上表所示，本件申請理由雖略謂：「此次回診為自費心超之追蹤」云云，惟查渠等2案之就醫目的，係為追蹤卵圓孔未閉合情形(PFO)，尚非屬全民健康保險給付之「疾病、傷害、生育事故」範圍，且當日亦有其他醫師進行身體診察，實無再由另一醫師進行診察並申報診																																									

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>察費之必要。</p> <p>(四) 綜上，均無法顯示需給付所請「一般門診診察費－基層院所門診診察費(00110C)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

小兒科案例 3

摘要：病歷無申請理由所稱之相關記載，所請給付第二線「PROTOPIC OINTMENT 0.1%」藥品無理由。

費用年月： 104/03 類別： 門診

科別： 小兒科 性別： 女性 年齡： 34 歲

診斷： 流行性感冒併其他呼吸道表徵、單純性疱疹未提及合併症、接觸性皮膚炎及其他濕疹

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
PROTOPIC OINTMENT 0.1% (BC23346321)	1		1		查卷富資料，系爭藥品係二線皮膚用藥，惟系爭就醫日病歷僅記載：「perioral vesicle and skin lesion」，無申請理由所稱：「門診評估給予Futusoal (CTV) cream 治療，但未見明顯成效」之紀錄，不符行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83 條附件六藥品給付規定之 13.10.1：「限…重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用」，自無法顯示需給付所請藥品費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

其他科別案例 1

摘要：高眼壓及青光眼眼用製劑，單眼每四週處方為一瓶，雙眼得每三週處方一瓶。

費用年月： 103/03 類別： 門診

科別： 眼科 性別： 男性

診斷： 淚液薄膜不足、增殖性糖尿病性視網膜病變、低眼壓性青光眼

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.15% (B023695421)	1	1			<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之14.1.高眼壓及青光眼眼用製劑14.1.1.4.：「單眼每四週處方為一瓶，雙眼得每三週處方一瓶。」。</p> <p>(二) 本部中央健康保險署103年1月20日健保審第0000000000號函要旨</p> <p>1.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條藥品給付規定之14.1高眼壓及青光眼之眼用製劑之規定，其用量單眼每四週處方為一瓶，雙眼得每三週處方一瓶。</p> <p>2.有關點眼液一般正常使用每毫升(mL)為20滴。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤銷 另核	
續前頁					<p>3.近來屢有保險對象反應用量不足，對於保險對象有特殊情況或疾病，致影響用藥量，需加開瓶數時，處方醫師可依實際使用情況酌增開藥瓶數，並應於病歷詳載需增開處方之理由。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：0324A (同時已投予同性質藥物／用藥種類重複)。</p> <p>(二) 複核：0324A。</p> <p>三、 申請理由主張</p> <p>雙眼使用青光眼藥水每3週 (誤繕為周) 得處方1瓶。因此3個月連續處方共4瓶藥水符合規範。21日這是本次門診第1瓶，28日這是連續處方第2瓶，再來兩個月各1瓶，共4瓶。【根據健保審字第0000000000號公文。」「對於保險對象有特殊情況或疾病，致影響用藥量，需加開瓶數時，處方醫師可依 (誤繕為以) 實際使用情況酌增開藥瓶數。」】。</p> <p>四、 審定理由</p> <p>查所附病歷資料，系爭用藥3個月使用4瓶，符合病情所需，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。</p>

其他科別案例 2

摘要：藥品給付規定並未明定事前申請轉移性乳癌用藥Herceptin之使用劑量與期限，亦未規範治療期間須進行療效評估，或病情惡化應停止用藥，事後追扣費用，即欠依據。

費用年月： 102/03 類別： 門診

科別： 血液腫瘤科 性別： 女性

診斷： 女性乳房惡性腫瘤、非毒性單一結節性甲狀腺腫、骨骼及骨髓之續發性惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
HERCEPTIN VIAL 440MG (K0006252B5)	0.7	0.7			<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下簡稱醫療服務審查辦法)第2條第2項：「本辦法所定醫療服務審查，包括程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。」。</p> <p>(二) 同辦法第5條第1項：「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</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤銷 另核	
續前頁					<p>得追扣。」。</p> <p>(三) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之9.18. Trastuzumab (如Herceptin) 規定：「2. 轉移性乳癌(1)單獨使用於治療腫瘤細胞上有HER2過度表現(IHC 3+或FISH+)，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。(2)與paclitaxel或docetaxel併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為HER2過度表現(IHC 3+或FISH+)者。(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。」、「3. 經事前審查核准後使用。」。</p> <p>(四) 同前揭規定附表七之一全民健康保險使用抗癌藥品Trastuzumab申請表之注意事項3. 後段「事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用」。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>二、 健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 308A(適應症/用量不符藥品給付規定/醫療常規)。</p> <p>(二) ○○○案,102年2月後disease progression。</p> <p>(三) ○○○案,102年3月bone scan顯示Tumor progression(new foci),仍繼續申請使用herceptin。</p> <p>(四) ○○○案,102年6月及11月CT皆呈現Tumor progression。</p> <p>(五) ○○○○案,102年5月及8月CT皆呈現Tumor progression(102年8月right breast tumor regression乃因接受放射治療,對Herceptin效果不佳)。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 健保對於轉移性乳癌未規定惡化即不可使用,且已經事前專審同意。</p> <p>(二) 已有多篇文獻證時使用Herceptin疾病惡化繼續使用合併其他癌療藥物效果更佳。</p> <p>四、 查卷附資料,渠等病人係為轉移性乳癌患者,前經健保署事前審</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>查，均已同意備查在案，日後健保署再以「308A」、「102年〇月後，呈現tumor progression，乃因接受放射治療，對Herceptin效果不佳，仍繼續使用」等理由，追扣系爭費用，惟下列疑點有待釐清：</p> <p>(一) 依前揭行為時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，本件申請人申報102年2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、12月之醫療費用，保險人受理日期為何？原卷並無資料可稽，則保險人於104年5月7日以健保○字第0000000000號函追扣申請人上開期間之醫療費用，是否已逾受理申報案件2年？申請人有無前揭行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約之情事？因攸關本件追扣期間之計算，宜先查明。</p> <p>(二) 依前開規定，事前申請核准之</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，固不予給付費用。惟首揭規定並未明定事前申請轉移性乳癌用藥Herceptin之使用劑量與期限，亦未規範治療期間須進行療效評估，或病情惡化應停止用藥，則健保署事後以「308A(適應症/用量不符藥品給付規定/醫療常規)」、「tumor progression仍繼續使用」等理由追扣費用，其依據為何？容有疑義。</p> <p>(三) 另申請人一再主張「健保對於轉移性乳癌未規定惡化即不可使用，且已經事前專審同意」、「已有多篇文獻證實，使用Herceptin疾病惡化繼續使用合併其他癌療藥物效果更佳」，是否可採？原核定並未論明，亦有一併查明之必要。</p> <p>五、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>

其他科別案例 3

摘要：病歷無感染症狀之記載，亦無尿液與細菌培養報告佐證，且無缺鐵性貧血之診斷及紀錄，不足以支持系爭「BLOODFULL S.C. TABLETS」、「CEPHALEXIN CAPSULES」用藥之必要性。

費用年月： 102/08 類別： 門診

科別： 血液腫瘤科 性別： 男性

診斷： 急性肺水腫、貧血、酸毒症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
BLOODFULL S.C. TABLETS "C.H." (A024053100)	14		14		查所附資料，病歷記載略為「No fever/chills,no URI, normal urine output」，無其他感染症狀之記載，亦無尿液與細菌培養報告佐證，且無缺鐵性貧血之診斷及紀錄，不足以支持系爭用藥之必要性，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。
CEPHALEXIN CAPSULES(鋁箔/膠箔) (AC067471G0)	28		28		

其他科別案例 4

摘要:病人為局部晚期侵犯膀胱的直腸癌，惟病歷紀錄無評估期別、療效及改變治療之需，不符：「直腸癌之分期及懷疑復發或再分期。」規定。

費用年月： 104/04 類別： 門診

科別： 血液腫瘤科 性別： 男性

診斷： 慢性 B 型病毒性肝炎併 delta 型肝炎，未提及肝昏迷、直腸乙狀結腸連接部惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
正子造影-全身 (26072B)	1		1		查所附病歷資料，依病情記載，病人為局部晚期(stageIIIc)侵犯膀胱的直腸癌，接受CCRT(同步化學放射治療)、colostomy後，維持姑息性化療，依病歷紀錄，無評估期別、療效及改變治療之需，不符行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第二十項系爭項目(26072B)註1.(2)：「大腸癌、直腸癌、食道癌、頭頸部癌(不包含腦瘤)、原發性肺癌、黑色素瘤、甲狀腺癌及子宮頸癌之分期及懷疑復發或再分期。」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。

摘要：麻醉止痛劑因效果差，作用時間短，且有興奮作用，累積易造成腎臟功能不佳、癲癇等，不宜為第一線之止痛劑。

費用年月： 102/10 類別： 門診

科別： 血液腫瘤科 性別： 男性

先天性第八凝血因子異常（A 型血友病）、本態性高血壓、其他高脂質血症、A 診斷： 型血友病病人為先天第八因子缺乏(嚴重 A 型血友病)，關節已經嚴重損傷，且做過關節置換手術，故長期需要止痛藥物治療

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
PETHIDINE HYDROCHLORIDE INJECTION 50MG/ML (A005874209)	10		10		<p>一、 健保署審核意見：</p> <p>(一) 初核：0308A。</p> <p>(二) 複核：維持原議歎難補付0308A。</p> <p>二、 申請理由要旨</p> <p>因A型血友病病人為先天第八因子缺乏(嚴重A型血友病)，關節已經嚴重損傷，且做過關節置換手術，故長期需要止痛藥物治療。</p> <p>三、 審定理由</p> <p>(一) 依所附資料，病人為A型血友病，且有多重疾病，因關節損傷，固需使用止痛劑。</p> <p>(二) 惟查血友病疼痛控制的步驟如下：</p>
3 CC SYRINGE (NCS010003NPW)	10		10		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由															
		撤銷	駁回	撤銷另核																
續前頁					<table><tr><td>Step</td><td>Medication</td><td>Dosage and administration</td></tr><tr><td>1</td><td>Acetaminophen or NSAID</td><td>Acetaminophen: up to 650 mg/dose and 3250 mg/day</td></tr><tr><td>2</td><td>COX-2 inhibitor</td><td>Celecoxib: 100 - 200 mg qd or bid</td></tr><tr><td>3</td><td>Acetaminophen + codeine or Acetaminophen + tramadol</td><td>10 - 20 mg up to six times daily or 50 - 100 mg tid - qid</td></tr><tr><td>4</td><td>Morphine or equivalent</td><td>Slow-release formulation: 20 mg bid; allow rescue dose of rapid release 10 mg, qid. Increase slow-release dose if rapid release is used >4 times daily</td></tr></table>	Step	Medication	Dosage and administration	1	Acetaminophen or NSAID	Acetaminophen: up to 650 mg/dose and 3250 mg/day	2	COX-2 inhibitor	Celecoxib: 100 - 200 mg qd or bid	3	Acetaminophen + codeine or Acetaminophen + tramadol	10 - 20 mg up to six times daily or 50 - 100 mg tid - qid	4	Morphine or equivalent	Slow-release formulation: 20 mg bid; allow rescue dose of rapid release 10 mg, qid. Increase slow-release dose if rapid release is used >4 times daily
					Step	Medication	Dosage and administration													
					1	Acetaminophen or NSAID	Acetaminophen: up to 650 mg/dose and 3250 mg/day													
					2	COX-2 inhibitor	Celecoxib: 100 - 200 mg qd or bid													
					3	Acetaminophen + codeine or Acetaminophen + tramadol	10 - 20 mg up to six times daily or 50 - 100 mg tid - qid													
					4	Morphine or equivalent	Slow-release formulation: 20 mg bid; allow rescue dose of rapid release 10 mg, qid. Increase slow-release dose if rapid release is used >4 times daily													
					(三) 承上，血友病人需要止痛時，Acetaminophen為首選，必要時使用NSAIDs。系爭藥品為麻醉止痛劑，最不被建議，因其效果差，作用時間短，且有興奮作用，累積易造成腎臟功能不佳、癲癇等，自不宜採系爭藥品為第一線之止劑。															
(四) 綜上，依病情記載，不足以支持系爭項目之必要性，原核定並無不合，應予維持。																				

摘要:病人身體診察之生命徵象穩定，不足以支持系爭「急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第三級 (00203B)」項目之必要性。

費用年月： 104/02 類別： 門診

科別： 急診醫學科

診斷： 手指開放性傷口，未提及併發症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第三級 (00203B)	1		1		<p>一、 查卷附資料，依病歷紀錄，分述如下：</p> <p>(一) ○○○、○○○案，申請理由雖分別略謂：「病人疼痛自評分數本為主觀資料，病人說痛即是痛，以其主訴再加上身評資料為TTAS原則」、「急診檢傷分類應為"上肢撕裂傷 => 加壓後可止血"，因辛苦之檢傷護理人員誤鍵成"重度疼痛(8-10分)"(二者位置相鄰)，故造成錯誤」云云，惟依渠等病人之疼痛、急性病容等病情記載，尚不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>(二) ○○○、○○○、○○○案，申請理由雖分別略謂：「此病人</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>為76歲男性，主訴頭暈及全身無力，依急診檢傷分類之步驟，"神經系統"→"眩暈/頭暈"，只有三個項目可選擇(1. 非姿勢性+/- 其他神經學症狀、2. 姿勢性，沒有其他神經學症狀、3. 慢性反覆性眩暈)，因病人的情形不符合第2及第3項，故選擇較接近的 "非姿勢性頭暈+/- 其他神經學症狀"，且生化檢查data呈現低血鈉(119.5 mmol/L)」、「為79歲女性，因高燒(39.6C)，心跳快(108)，無法步行入急診」、「主訴胸悶痛、心悸、喘不過氣約三天」云云，惟查渠等病人身體診察之生命徵象記載，尚稱穩定，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>

其他科別案例 7

摘要：復健治療項目限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。

費用年月： 104/07 類別： 門診

科別： 復健科

診斷： 伴有腦梗塞之腦動脈阻塞、原發性局部骨關節病，小腿、原發性局部骨關節病，
肩部

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由																	
		撤 銷	駁 回	撤銷另核																		
中度 Moderate：指治療項目 2~3 項，合計治療時間超過 30 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療。 (43027C)	6		6		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、第三項診療項目編號、支付點數 <table><tr><td></td><td>編號</td><td>診療項目</td><td>基層院所</td><td>支付點數</td></tr><tr><td rowspan="3">第二項物理治療</td><td>42006C</td><td>簡單治療 －中度(指實施簡單治療項目二項以上，且合計時間超過 30 分鐘。)</td><td>V</td><td>190</td></tr><tr><td>42017C</td><td rowspan="2">中度治療 －中度 Moderate 註：42017C 限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者</td><td>V</td><td>265</td></tr><tr><td>42009C</td><td>V</td><td>190</td></tr></table>		編號	診療項目	基層院所	支付點數	第二項物理治療	42006C	簡單治療 －中度(指實施簡單治療項目二項以上，且合計時間超過 30 分鐘。)	V	190	42017C	中度治療 －中度 Moderate 註：42017C 限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者	V	265	42009C	V	190
	編號	診療項目	基層院所	支付點數																		
第二項物理治療	42006C	簡單治療 －中度(指實施簡單治療項目二項以上，且合計時間超過 30 分鐘。)	V	190																		
	42017C	中度治療 －中度 Moderate 註：42017C 限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者	V	265																		
	42009C		V	190																		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由				
		撤銷	駁回	撤銷另核					
續前頁							申報。		
					第三項職能治療	43027C 43006C	中度 Moderate：指治療項目 2~3 項，合計治療時間超過 30 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療。 註：43027C 限復健專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。	V V	265 190
二、 健保署審核意見									
(一) 初核：									
1. ○○○案，0704A、43027C 改核 43006C。									
2. ○○○案，0704A、42017C 改核 42009C。									
(二) 複核：0703A、0704A。									
三、 申請理由要旨									
本所為「復健科」專科診所，職能治療中度治療得以 43027C 申報，物理治療中度得以 42017C 申報，為何要我們以沒有復健專科的骨科診所代碼 43006C、42009C 申報？									
四、 依卷附資料，分述如下：									
(一) 經查本部醫事管理系統顯示，									
申請人診所為復健科專科診所，負責醫師為復健科專科醫師									

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>，先予陳明。</p> <p>(二) ○○○案，依病歷記載，病人日常生活已完全依賴他人照顧，施予職能治療療效難以顯現，且目標不明，不足以支持申報系爭職能中度治療(43027C)之必要性，健保署改核43006C，其理由固有未洽，惟原給付已屬從寬。</p> <p>(三) ○○○案，依病歷記載，病人為低活動度之老年癡呆症患者，學習能力已然極低，復健治療成效不彰，不足以支持申報系爭物理中度治療-中度(42017C)之必要性，同意改以簡單治療—中度(42006C)給付，健保署改核42009C，其理由固有未洽，惟42006C與42009C支付點數相同，尚不影響本案審定之結果。</p> <p>五、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定應予維持。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由										
		撤銷	駁回	撤銷另核											
續前頁					<table><tr><td></td><td></td><td>申報。</td><td></td><td></td></tr><tr><td>第三項職能治療</td><td>43027C 43006C</td><td>中度 Moderate：指治療項目 2~3 項，合計治療時間超過 30 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療。 註：43027C 限復健專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。</td><td>V V</td><td>265 190</td></tr></table>			申報。			第三項職能治療	43027C 43006C	中度 Moderate：指治療項目 2~3 項，合計治療時間超過 30 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療。 註：43027C 限復健專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。	V V	265 190
			申報。												
第三項職能治療	43027C 43006C	中度 Moderate：指治療項目 2~3 項，合計治療時間超過 30 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療。 註：43027C 限復健專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。	V V	265 190											
					<p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：</p> <p>1. ○○○案，0704A、43027C改核 43006C。</p> <p>2. ○○○案，0704A、42017C改核 42009C。</p> <p>(二) 複核：0703A、0704A。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>本所為「復健科」專科診所，職能治療中度治療得以 43027C 申報，物理治療中度得以 42017C 申報，為何要我們以沒有復健專科的骨科診所代碼 43006C、42009C 申報？</p> <p>四、 依卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) 經查本部醫事管理系統顯示，申請人診所為復健科專科診所，負責醫師為復健科專科醫師</p>										

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤銷 另核	
續前頁					<p>，先予陳明。</p> <p>(二) ○○○案，依病歷記載，病人日常生活已完全依賴他人照顧，施予職能治療療效難以顯現，且目標不明，不足以支持申報系爭職能中度治療(43027C)之必要性，健保署改核43006C，其理由固有未洽，惟原給付已屬從寬。</p> <p>(三) ○○○案，依病歷記載，病人為低活動度之老年癡呆症患者，學習能力已然極低，復健治療成效不彰，不足以支持申報系爭物理中度治療-中度(42017C)之必要性，同意改以簡單治療—中度(42006C)給付，健保署改核42009C，其理由固有未洽，惟42006C與42009C支付點數相同，尚不影響本案審定之結果。</p> <p>五、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定應予維持。</p>

摘要：二年內使用系爭「FORTEO FOR INJECTION」骨穩注射液超過18支，與規定不符。

費用年月： 103/01 類別： 門診

科別： 復健科 性別： 女性

診斷： 其他歸因於四肢之肌肉骨骼徵候、骨質疏鬆症、病理性骨折

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
FORTEO FOR INJECTION (K000787216)	1		1		<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之5.6.2.4「使用不得超過18支並於二年內使用完畢，使用期間內不得併用其他骨質疏鬆症治療藥物。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「骨穩注射液逾報18支及2年期限專案審查」爭議案，分述如下：</p> <p>(一) 健保署經檔案分析，追扣系爭不符前揭規定之第19支FORTEO FOR INJECTION (K000787216) 藥品點數計15,766點，申請人雖主張系爭個案為骨質疏鬆症合併二節脊</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>椎骨折之情形，於101年8月16日至103年1月23日期間，以骨穩注射液治療，使用量符合國際之指引，惟經健保署複核以「0102A」(病歷資料缺乏具體內容或過於簡略)為由，維持原議不予補付。</p> <p>(二) 申請人未舉相關佐證資料，僅執前詞申請審議，即難認為有理由。</p> <p>三、綜上，本件既與前揭規定不符，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。</p>

其他科別案例 9

摘要：病人診斷為「雙相情感疾患，鬱型，中度」，與系爭「SEROQUEL TABLETS 200MG」藥品給付規定：「不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。」不符。

費用年月： 102/11 類別： 門診

科別： 精神科 性別： 女性 年齡： 50 歲

診斷： 精神官能性憂鬱症、其他特定之情感性精神病、雙相情感疾患，鬱型，中度

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
SEROQUEL TABLETS 200MG (B022544100)	28		28		<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之1.2.2.2.：「Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如……quetiapine……2.本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：0102A。</p> <p>(二) 複核：0102A。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>個案診斷明確為雙極性患者，使用Quetiapine治療符合規定。</p> <p>四、 審定理由</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					查所附資料，依病歷記載，病人診斷為「雙相情感疾患，鬱型，中度」，系爭用藥不符前揭規定，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：病人診斷為「重鬱症，單純發作」，系爭「MISUL TABLETS 200 MG」為第二代抗精神病藥物，依規定不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。

費用年月： 103/05 類別： 門診

科別： 精神科 性別： 男性 年齡： 46 歲

診斷： 高血壓性心臟病，無充血性心臟衰竭、第二型(非胰島素依賴型，成人型)或未明
示型糖尿病，未提及併發症，未敘述為無法控制、重鬱症，單純發作

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
MISUL TABLETS 200 MG (AC55051100)	60		60		<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之1.2.2.2. Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如……amisulpride……等)：「……2.本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。……。」。</p> <p>二、 查卷附資料，病人診斷為29620重鬱症，單純發作，申請理由雖略稱：「重傷卡雖296，manic-depression, bipolar 且manic頻率甚高！」云云，惟依前揭規定，系爭「MISUL TABLETS 200 MG (AC55051100</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>)」藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作，系爭重鬱症病人，使用系爭藥品，核與該規定不符，且依病歷記載，同時已投予同性質藥物purzer，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>三、至申請理由主張：「首先向○○業務組承辦人抗議，申復時，本人註明審查科別013審，竟遭行政人員塗改為01？」一節，經健保署於104年3月17日補充意見表示如下：</p> <p>(一) 查○○○診所103年5月份抽樣審查案件共3件(包含04-249○姓保險對象在內)，原就醫科別及送審科別皆為01(家醫科)。</p> <p>(二) 復查該診所申復時檢附之葉姓保險對象「醫療服務點數及醫令清單」就醫科別係為01(家醫科)無誤，本件於受理案件後，系統列印「門診醫療費用審查參考清單」送審科別為01(家醫科)，惟送審前發現該診所申復清單審查科別填寫為13(精神科)。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(三) 是以，為免申復案件送審作業混淆，故將申復清單審查科別修正為01。</p> <p>四、 另查系爭就醫日103年5月1日之門診醫囑單記載就醫科別為：「01」，且「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」申報之就醫科別為：「01」，惟「行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」記載之審查科別為：「013」，又「全民健康保險醫療費用案件爭議審議申請書」之請求事項填具科別為：「013」，為審查一致性，邇後請依系爭就醫日之就醫科別申報、申復及申請爭議審議，以維護貴院權益，併予敘明。</p>

居家護理案例 1

摘要：醫師開立居家照護醫囑單，居家護理師據以執行管路更換，所請「護理訪視費（次）－資源耗用群第三類（在合理量內）」尚屬合理。

費用年月： 103/02 類別： 門診

科別： 居家護理

診斷： 直腸惡性腫瘤、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
護理訪視費（次）－ 資源耗用群第三類 (在合理量內) (05305C)	1	1			查卷附病歷資料，渠等9案，收案來源均為安養、養護機構之個案，且有技術性護理之需求，居家護理機構醫師與護理師同日訪視，醫師診視評估後符合收案條件，開立居家照護醫囑單，居家護理師據以執行管路更換尚屬合理，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。

居家護理案例 2

摘要：系爭就醫日經醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單並當日申請收案，且檢附詳實之訪視紀錄，所請「醫師訪視費（次）（05307C）」同意給付。

費用年月： 103/08 類別： 門診

科別： 居家護理

診斷： 腦內出血、泌尿道感染、本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
醫師訪視費（次）（05307C）	1	1			<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章通則</p> <p>三：「收案對象屬住院個案，須經診治醫師評估，由診治醫師開立居家照護醫囑單，由診治醫院直接收案或轉介至其他設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構收案；非住院個案符合前條所列收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構申請。」。</p> <p>六前段：「每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由									
		撤銷	駁回	撤銷另核										
續前頁					三、保險對象系爭項目初核複核									
					<table><tr><th>保險對象</th><th>系爭項目</th><th>初核</th><th>複核</th></tr><tr><td>○○○</td><td rowspan="2">醫師訪視費(次)(05307C)</td><td rowspan="2">0222A (治療內容與申報項目或其規定不符)</td><td>不可同日收案與申報</td></tr><tr><td>○○○</td><td>依規定辦理，不可同日收案與申報</td></tr></table>	保險對象	系爭項目	初核	複核	○○○	醫師訪視費(次)(05307C)	0222A (治療內容與申報項目或其規定不符)	不可同日收案與申報	○○○
保險對象	系爭項目	初核	複核											
○○○	醫師訪視費(次)(05307C)	0222A (治療內容與申報項目或其規定不符)	不可同日收案與申報											
○○○			依規定辦理，不可同日收案與申報											
					四、申請理由要旨									
					(一) ○○○案，此個案為腦內出血、糖尿病之病患。在103年6月7日因腸胃道出血入院治療，至103年6月30日出院，出院後個案有鼻胃管及導尿管留置，家屬均未帶病人回院更換鼻胃管及導尿管，因病人意識不清，行動不便且管路已過期，故103年8月4日家屬電話連絡申請居家護理服務。故安排103年8月6日與醫師前往病患家中訪視，給予身體評估，連同更換鼻胃管及導尿管，並評估家屬有照顧能力不足的情形，有給予加強衛教和回覆示教。									
					(二) ○○○案，於轉介時詢問病患，發現病人對於矽質材料有過									

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>敏不適的情形發生，於第一次（103年8月27日）請醫師協同訪視病人，進行評估及執行護理技術。</p> <p>五、查卷附資料，渠等2案，系爭「醫師訪視費（次）（05307C）」各計1次費用之給付，依病歷紀錄，分別於系爭就醫日103年8月6日、同年月27日經醫師訪視評估，開立全民健康保險居家照護醫囑單並當日申請收案，且檢附詳實之訪視紀錄，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。</p>

居家護理案例 3

摘要：醫囑單未說明個案病情需要每週更換膀胱造口尿管之原因，且個案病情穩定，血液、尿液檢驗日期距系爭家訪日已超過 6 個月，不足以支持系爭護理訪視項目之必要性。

費用年月： 103/11 類別： 門診

科別： 居家護理 性別： 男性

診斷： 腦內出血、重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者
(INJURY SEVERITY SCORE ≥ 16) (※植物人狀態不可以

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
護理訪視費(次) - 資源耗用群島為第二類(在合理量內) (05303C)	1		1		查卷附病歷資料，醫囑單未說明個案病情需要每週更換膀胱造口尿管之原因，且依護理訪視紀錄顯示，個案病情穩定，血液、尿液檢驗日期距系爭家訪日已超過6個月，不足以支持系爭護理訪視項目之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

伍、事前審查案例

免疫調節劑案例 1

摘要：原使用之Enbrel治療後療效不彰，自轉用系爭「ACTEMRA SOLUTION FOR INFUSION」藥物至健保署受理該藥物申請當日止僅約8個月，未達2年減量時機，申請續用核符系爭藥品規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 小兒科 性別： 女性 年齡： 18 歲 9 個月

診斷： 未明示部位幼年型類風濕性關節炎伴有全身性發作

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ACTEMRA SOLUTION FOR INFUSION (KC00907229)	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之8.2.4.2.tocilizumab(如Actemra):「8.(4)因使用一種生物製劑治療後療效不彰，而轉用另一種不同藥理機轉之生物製劑，以轉用後者之起始日重新計算2年後開始減量之時機。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：100年開始使用生物製劑，案成人RA治療規範，complete remission(DAS28 < 2.6，105年1月DAS28 < 1.6)已超過半年，請減量使用。</p> <p>(二) 複核：病人病情穩定多時，已</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>進入減量機制。</p> <p>三、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M08.20 (未明示部位年幼型類風濕性關節炎伴有全身性發作)」。</p> <p>(二) 查所附資料，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請人原申請ACTEMRA (KC00907219)3劑及系爭藥品〔ACTEMRA (KC00907229)〕6劑，健保署初核時已同意備查ACTEMRA(KC00907219)3劑及系爭藥品3劑。 2. 申請理由略稱：「患童104.05.29初次使用ACTEMRA，尚未達到2年減量時機，ESR/CRP下降屬ACTEMRA藥理之特性，2016.01.27F/U echo：雙側手腕關節仍有erosion情形，經評估不適合減量使用。」。 3. 依病情記載及申請理由主張，病人於104年5月29日因原使用之Enbrel治療後療效不彰，而轉用系爭藥物，自104年5月29日轉用系爭藥物，至105

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>年2月5日健保署受理系爭藥物申請當日止僅約8個月，未達2年，申請續用系爭藥物，核符前揭「以轉用後者之起始日重新計算2年後開始減量之時機」之規定。</p> <p>四、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>

免疫調節劑案例 2

摘要:DMARDs的使用劑量未達標準目標劑量,宜增加Cyclosporine使用劑量(2.5-5mg/kg/day),俟治療結果再申請系爭「HUMIRA」用藥。

費用年月: 類別: 事前審查

科別: 風濕免疫科 性別: 女性 年齡: 57 歲

診斷: 類風濕性關節炎及其他發炎性多發性關節病變

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
HUMIRA 40MG SOLUTION FOR INJECTION, PRE-FILLED SYRINGE (KC00776283)	6		6		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之8.2.4.4. Adalimumab (如Humira)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核: DMARDs沒有符合規定。</p> <p>(二) 複核: MTX or Arava is not contraindicated in patients with HCV。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「L45」(歸類於他處疾患所致之鱗屑性丘疹樣疾患)。</p> <p>(二) 查卷附資料, 申請理由雖略稱</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>：「57 Y/O女性PSA合併周邊關節炎患者，使用Cyclosporine 100mg/day、Salazine 2g/day及合併NSAID治療迄今，長期深受多處關節腫痛及皮膚脫屑之苦，嚴重影響生活品質及工作。」，惟DMARDs的使用劑量未達標準目標劑量，宜增加Cyclosporine使用劑量(2.5-5mg/kg/day)，俟治療結果再申請用藥。</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>

免疫調節劑案例 3

摘要：病歷無使用MTX後之療效評估，亦無副作用之相關記載，且卷無皮膚科醫師診斷相關證明，不足以支持使用系爭「HUMIRA」藥物之必要性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 風濕免疫科 性別： 女性 年齡： 21 歲

診斷：

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
HUMIRA 40MG SOLUTION FOR INJECTION, PRE-FILLED SYRINGE (KC00776283)	6		6		<p>一、 相關規定</p> <p>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.Adalimumab (如Humira)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：貴院所附的照片沒有明顯乾癬。</p> <p>(二) 複核：1.請補附皮膚科診斷證明。2.只有皮膚科證明無其他資料，病歷及申請單。3. No MTX used。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 患者 DMARDs 用藥狀況 (ARAVA 20mg/QD 104/12/10-迄今，SALAZINE 2G/QD</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>104/10/15-迄今、MTX 15mg/QWK104/10/15-104/12/10)，皆已符合健保局申請規範。</p> <p>(二) 長期規律於風濕免疫科門診及皮膚科門診就醫，且長期使用DMARDs合併NSAID治療迄今，病患表示長期深受多處關節腫痛及皮膚脫屑之苦，嚴重影響生活品質及工作，顯示DMARDS療效不彰。</p> <p>四、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「696.0」(乾癬性關節病變)。</p> <p>(二) 查所附資料，病人自104年10月15日至同年12月10日間使用MTX，僅使用2個月即更為換ARAVA，惟病歷無使用MTX後之療效評估，亦無副作用之相關記載，且卷無皮膚科醫師診斷相關證明，不足以支持使用系爭藥物之必要性。</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>

免疫調節劑案例 4

摘要: 僅使用單一MTX治療，未併用其他DMARDs藥物，DMARDs用量不足，宜先增加其他DMARDs藥物，俟治療結果再評估申請系爭「SIMPONI」藥物之必要性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 風濕免疫科 性別： 女性 年齡： 46 歲

診斷： 類風濕性關節炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
SIMPONI TM (GOLIMUMAB), SOLUTION FOR INJECTION (KC00911206)	6		6		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之8.2.4.2. golimumab(如 Simponi)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：1.附全民健康保險類風濕關節炎病患28處關節疾病活動度(Disease Activity Score, DAS 28)評估表。2.wait for effect of leflunomide or add another kind of DMARD。</p> <p>(二) 複核：DMARDs藥物治療時間須符合下列條件之一：(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</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>target dose)。leflunomide 10-20mg/day 必須至少6個月以上，而其中至少2個月必須達到所示標準目標劑量 (standard target dose)leflunomide 20mg/day。</p> <p>三、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M069」(類風濕性關節炎)。</p> <p>(二) 查所附病歷資料，病人僅使用單一MTX治療，未併用其他DMARDs藥物，DMARDs用量不足，宜先增加其他DMARDs藥物，俟治療結果再評估申請藥物之必要性。</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>

免疫調節劑案例 5

摘要：病人未使用消炎止痛藥物，宜先使用NSAIDs藥物，俟治療結果再申請爭「ENBREL」藥物回復原劑量。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 風濕免疫科 性別： 男性 年齡： 41 歲

診斷： 未明示部位脊椎僵直性脊椎炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ENBREL 50MG SOLUTION FOR INJECTION IN PRE-FILLED SYRINGE (KC00846248)	6		6		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之8.2.4.3. etanercept (如Enbrel)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：Disease stable，減少生物製劑使用，若有需要請先調整傳統DMARDs regimen。</p> <p>(二) 複核：Keep tapering。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M06.9」(類風濕性關節炎)。</p> <p>(二) 查所附資料，分述如下：</p> <p>1. 申請人原申請系爭藥品9劑，健保署初核時已同意備查3劑</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>。</p> <p>2. 申請理由雖略稱：「AS患者罹病多年，於102年起開始使用Enbrel，104年1月起健保局將其減半至半劑量，原注射後關節狀況尚可維持，近日自覺脊椎關節較為僵硬不適，已影響其警察工作之執行力，此次貴局又將Enbrel由3M6支再度減為3M3支。」，惟查病人未使用消炎止痛藥物，宜先使用NSAIDs藥物，俟治療結果再申請爭藥物回復原劑量。</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> <p>。</p>

免疫調節劑案例 6

摘要：病人有C型肝炎，肝功能起伏，無法佐證與MTX用藥之相關性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 風濕免疫科 性別： 女性 年齡： 71 歲

診斷： 類風濕性關節炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ACTEMRA SOLUTION FOR INFUSION 〈KC00907219〉	18		18		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之8.2.4.2.tocilizumab(如Actemra)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：1.請先說明上次104年6月24日申請Simponi的使用情形。2.未用 MTX，Cyclosporine也未達target dose。</p> <p>(二) 複核：未用使用MTX。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M069」(類風濕性關節炎)。</p> <p>(二) 查所附資料，不足以支持使用系爭藥物之必要性，分述如下</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>：</p> <ol style="list-style-type: none"> 申請理由雖略稱：「dry eyes(+)」；「dry mouth(+)」；MTX side effect serious，且個案患 chronic liver disease，不適合服用MTX。」，惟病歷無使用MTX造成副作用之記載，且病人有C型肝炎，肝功能起伏無法佐證與MTX用藥之相關性。 查卷附「附表十五：全民健康保險類風濕性關節炎使用tocilizumab申請表」顯示，Cyclosporine劑量「50mg/day」，未達標準目標劑量(2.5X31=77.5 mg /day)，DMARDs使用劑量不足，宜增加DMARDs之劑量，俟治療結果再申請用藥。 <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>

抗腫瘤藥物案例 1

摘要：病人為高腫瘤負荷之濾泡性淋巴瘤，經Induction治療達穩定，lymphoma部分緩解，對誘導療法產生反應，申請使用系爭「MABTHERA SOLUTION FOR INFUSION」藥品，核符健保給付規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 血液腫瘤科 性別： 女性 年齡： 59 歲

診斷： 其他淋巴及組織細胞組織之惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
MABTHERA SOLUTION FOR INFUSION (K000928229)	8	8			<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之9.20. Rituximab 注射劑(如 Mabthera):「4.用於做為濾泡性淋巴瘤患者對誘導療法產生反應之後的維持治療用藥。限用八劑，每三個月使用一劑，最多不超過二年。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：病人經兩線化療及骨髓移植後，非誘導治療後之維持療法。</p> <p>(二) 複核：患者已經多線治療，非第一線誘導反應後之維持療法。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 有骨髓侵犯之濾泡性淋巴瘤患者使用第一線 Rituximab+</p>
MABTHERA SOLUTION FOR INFUSION (K000928248)	8	8			

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>CEOP誘導治療下，追蹤影像為stable。</p> <p>(二) 為加強反應，改以使用第二線Rituximab+ ESHAP誘導治療，PET顯示為部分反應。</p> <p>(三) 健保條文「用於做為濾泡性淋巴瘤患者對誘導療法產生反應之後的維持治療用藥。限用八劑，每三個月使用一劑，最多不超過兩年。」，並無限定第幾線誘導成功方可使用。</p> <p>四、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「202」(其他淋巴及組織細胞組織之惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 查所附資料，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人為高腫瘤負荷之濾泡性淋巴瘤。 2. 經 Induction 治療，R-CEOP -->R-ESHAP，達穩定，復施行BeAM-AutoPBSCT。 3. 104年2月24日PET報告顯示lymphoma部分緩解，對誘導療法產生反應。 4. 申請使用系爭藥品，核符前揭規定。 <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>

抗腫瘤藥物案例 2

摘要：病人為Child-Pugh A，Obliterated LPV and LHV，腫瘤有侵犯左門靜脈第一支，申請使用系爭「NEXAVAR FILM-COATED TABLETS 200MG」藥品，核符規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 血液腫瘤科 性別： 男性 年齡： 66 歲

診斷： 原發性肝惡性腫瘤，未明示型

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
NEXAVAR FILM-COATED TABLETS 200MG 〈BC24727100〉	240	240			<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之9.34.2.(1) Sorafenib (如Nexavar)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No evidence of portal vein thrombosis detected by CT or echo。 2. 無主要靜脈侵犯。 <p>(二) 複核：</p> <p>依所附之105年5月之CT報告，無Portal vein thrombosis之情形。</p> <p>三、 申請理由要旨</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(一) 105年5月經病理診斷為HCC，病人child pugh A，無法OP、TAE、RFA。</p> <p>(二) 105年5月28日CT報告明顯已LPV and LHV invasion。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C228」(原發性肝惡性腫瘤，未明示型)。</p> <p>(二) 查所附病歷資料，病人為Child-Pugh A，105年5月28日abdominal CT報告記載：「stage T3b: single tumor or multiple tumors of any size involving a major branch of the portal vein or hepatic vein。」，且依影像資料顯示，Obliterated LPV and LHV，腫瘤有侵犯左門靜脈第一支，申請使用系爭藥品，核符前揭規定。</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>

摘要：申請人未舉證說明病人已無適當之化學治療可供選擇，申請使用系爭藥品，不符規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 外科 性別： 女性 年齡： 60 歲

診斷： 腦幹惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
AFINITOR 5MG TABLETS (BC25165100)	180		180		<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之9.36.1. Everolimus 5mg及10mg (如Afinitor 5mg及10mg)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：應仍有其他化學治療可供選擇。</p> <p>(二) 複核：仍有化療可供選擇，嚴重疼痛、無法行走，非無法施行化療之理由。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 病人為右側乳癌，104年2月Bone scan骨轉移，開始接受Femara治療，仍無法控制病情</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>。</p> <p>(二) 目前病患經疼痛控制後，仍嚴重疼痛，無法行走，實不適合化療及忍受化療帶來的副作用，擬申請 Afinitor 合併 Exemestane 治療。</p> <p>四、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C50912」(左側女性乳房未明示部位惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 查卷附資料，申請人未舉證說明病人已無適當之化學治療可供選擇，確如健保署審核意見所載，申請使用系爭藥品，不符前揭藥品給付規定。</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> <p>六、 另104年12月4日 Bone scan顯示，very limited bony metastasis，建議先以RT治療，併予敘明。</p> <p>。</p>

抗癌瘤藥物案例 4

摘要：申請人所附資料未提及與含鉑類之化學療法併用，不符規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 血液腫瘤科 性別： 女性 年齡： 50 歲

診斷： 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
ALIMTA (PEMETREXED FOR INJECTION) 500MG (BC24084277)	6		6		<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之 9.26. Pemetrexed (如 Alimta)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：病情惡化不予同意。</p> <p>(二) 複核：History of progression on Alimta。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) 103年6月在○○醫院診斷為第四期腺細胞肺癌，經標靶 Tarceva治療，於104年7月出現腦部轉移。</p> <p>(二) 105年4月因語言表達障礙及頭痛，經本院發現多發骨骼及腦</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>部轉移，病情惡化，接受腦部放射線治療。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C3490」(未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 查卷附資料，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人有骨、腦轉移，病情惡化，正接受放射線治療，且無 ECOG performance status 為 0-1 之證據。 2. 另卷附全民健康保險抗癌藥品事前審查檢附資料參考表記載：「目前病患狀況與治療計畫，預計使用藥物名稱 Alimta，用法用量 500 mg Q3 weeks x 6 cycles=500 mg/vial x 6 vials，使用期間 105 年 4 月 29 日起。」，亦未提及系爭藥品將與含鉑類之化學療法併用，申請使用系爭藥品，不符前揭「與含鉑類之化學療法併用，作為治療局部晚期或轉移性非小細胞肺癌（顯著鱗狀細胞組織型除外）之第一線化療用藥，且限用於 ECOG performance status 為

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>0~1之病患。」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> <p>六、 病人之BSA為1.48 m²，申請藥物劑量為每次500 mg，有違醫學常規，併予敘明。</p>

抗腫瘤藥物案例 5

摘要：非為轉移性大腸或直腸癌患者的第一線治療，使用系爭「AVASTIN INJECTION」藥品，不符規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 消化外科 性別： 男性 年齡： 68 歲

診斷： 直腸惡性腫瘤

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
AVASTIN INJECTION 〈KC00807219〉	24		24		<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之9.37.1.(1) Bevacizumab (如Avastin)。</p> <p>二、 健保署初、複核審核意見：已非轉移性第一線用藥。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C20」(直腸惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 查所附資料，分述如下：</p> <p>1. 申請理由雖略稱：「Rectal adenocarcinoma with prostate metastasis, rypT0N0M1, stage IV。」，惟依105年5月14日病理組織檢查報告僅顯示直腸</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>癌有攝護腺侵犯，無遠端轉移(distant metastasis)，疾病分期歸類為T4b，非M1。</p> <p>2. 另查103年1月21日CT檢查報告即顯示攝護腺侵犯，依病歷紀錄，曾接受過Xeloda及放射線治療、FOLFOX6 6個療程治療(104年10月13日開始)、FOLFIRI 治療(105年6月23日開始)，申請使用系爭藥品，已非屬第一線治療，不符前揭「…作為轉移性大腸或直腸癌患者的第一線治療。」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>

骨科特殊材料案例 1

摘要 :C4-C5 HIVD with spinal cord compression 及 lateral recess stenosis，為減少discectomy後引起之不穩定，使用頸椎椎間融合器1個尚屬合理。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 神經外科 性別： 女性 年齡： 54 歲

診斷： 中頸椎之頸椎間盤疾患伴有脊髓病變

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
REBORN ESSENCE PEEK CERVICAL INTERVERTEBRAL CAGE 瑞寶億高分子材料頸椎椎間融合器 (FBSFAF0003RK)	3	1	2		<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84條附件七特殊材料給付規定之分類碼D112-3、D112-4。</p> <p>二、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M5002」(中頸椎之頸椎間盤疾患伴有脊髓病變)。</p> <p>(二) 依所附資料及影像顯示，C4-C5 HIVD with spinal cord compression 及 lateral recess stenosis，為減少discectomy後引起之不穩定，使用系爭項目1個，核符首揭規定。</p> <p>三、 綜上，以健保給付部分系爭項目</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					尚屬病情所需，爰將原核定部分撤銷，同意所請；其餘部分，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要:未附術後X光片，無法判定HIVD或神經壓迫，不足以支持申請使用頸椎融合器之必要性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 神經外科 性別： 女性 年齡： 50 歲

診斷： 頸椎椎間盤移位，未伴有脊髓病變

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
"SPINEWAY" AYERS ROCK CERVICAL CAGES"(PEEK) 施 百威"頸椎融合器 (FBSFACCAGE1A)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第84條附件七特殊材料給付規定之分類碼D112-4。</p> <p>二、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「722.0 頸椎椎間盤移位，未伴有脊髓病變」。</p> <p>(二) 查所附資料，申請理由略稱：「C-spine MRI scan showed，因壓迫嚴重致 myelomalacia at C3-C6,right side,C3-C4-C5-C6 spondylosis。」，惟僅附術後X光片，無法判定HIVD或神經壓迫，不足以支持申請使用系爭項目之必要性。</p> <p>三、 綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

摘要:L4-L5 instability，惟spinal stenosis並不嚴重，且不符需緊急手術之條件，申請使用脊椎固定特材，不符給付規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 骨科 性別： 女性 年齡： 65 歲

診斷： 腰椎脊椎滑脫症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
"WILTROM"SPINAL FIXATON SYSTEM:TITANIUM ROD 25:100MM "威創"脊椎固定系統:連接桿 (FBSF2RD03TWG)	2		2		<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66條:「依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申請或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。」。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第84條附件七特殊材料給付規定之分類碼D112-1、D112-4及D112-5。</p> <p>二、 病歷記載、病情部分</p>
"WILTROM"SPINAL FIXATION SYSTEM:CANNULATED PEDICLE SCREW POLY-AXIAL U TYPE"威創"脊椎固定系統:脊椎骨釘中空U型多軸向 (FBSF44012TWG)	4		4		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
"WILTROM"INTER BODY FUSION SYSTEM:PLIF PEEK CAGE"威創" 高分子複合椎間融合器系統:胸腰椎椎籠 (FBSFAPPG01WG)	2		2		<p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M4316」(腰椎脊椎滑脫症)。</p> <p>(二) 依所附資料及影像顯示，本案事前審查申請或報備後未及經健保署審查回復即已施行手術，雖L4-L5 instability，惟spinal stenosis並不嚴重，且不符需緊急手術之條件，申請使用系爭項目，不符首揭規定。</p> <p>三、 綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

牙科診療項目案例 1

摘要：病歷未呈現行為控制無效之過程記載，僅於初診便逕行安排全身麻醉拔牙，核與規定不符。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 口腔顎面外科 性別： 男性 年齡： 11 歲
科

診斷： 牙齒發育及萌發之疾患

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

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>案向保險人申請」。</p> <p>二、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「520」 (牙齒發育及萌發之疾患)。</p> <p>(二) 查所附資料，病人為接受單一牙齒之簡單拔除，惟病歷未呈現行為控制無效之過程記載，僅於初診便逕行安排全身麻醉拔牙，核與前揭「罹患廣泛的牙疾」之規定不符。</p> <p>三、 綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

牙科診療項目案例 2

摘要：未見實施行為控制之紀錄，且亦未有因不合作而導致X光攝影未拍成或拍攝不佳之記載，不足以支持申請系爭麻醉處置之必要性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 牙科 性別： 女性 年齡： 4 歲

診斷： 牙齒硬組織疾病

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 二小時以內 (96020C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第十節「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」項目註：「1.限麻醉科專科醫師施行。2.牙科施行本項目須符合下列情況：(1)施行口腔顎面外科開刀房手術。(2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。(3)罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p>
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 二小時至四小時，每增加 30 分鐘(96021C)	4		4		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(一) 初核：依所附病歷未見行為管理，四歲以上極端不合作，請先嘗試行為控制，不宜直接以全身麻醉為之。</p> <p>(二) 複核：依所附病歷未見行為管理，三歲以下極端不合作，請先嘗試行為控制，不宜直接以全身麻醉為之。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>對牙科放射影像及治療無法合作，加上需要全口重建，所以建議全身麻醉下作全口蛀牙處理。</p> <p>四、病歷記載、病情部份</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「521」(牙齒硬組織疾病)。</p> <p>(二) 依所附病歷資料顯示，個案門診就醫2次，惟未見實施行為控制之紀錄，且亦未有因不合作而導致X光攝影未拍成或拍攝不佳之記載，不足以支持申請系爭麻醉處置之必要性。</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>

牙科診療項目案例 3

摘要：病人齲齒數量不多，且接受過填補治療，不宜直接以全身麻醉為之，宜以耐心及安撫溝通，分次處理完成治療。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 牙科 性別： 男性 年齡： 7 歲

診斷： 齲齒、齒髓炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 二小時以內 (96020C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第十節「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」項目註：「1.限麻醉科專科醫師施行。2.牙科施行本項目須符合下列情況：(1)施行口腔顎面外科開刀房手術。(2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。(3)罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。」。</p>
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 二小時至四小時，每增加 30 分鐘(96021C)	4		4		
半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 四小時以上，每增加 30 分鐘 (96022C)	8		8		

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：病人年紀已滿七歲，且蛀牙數不多而且無急性症狀，建議仍應嘗試行為控制，不宜直接以全身麻醉為之。</p> <p>(二) 複核：根據X光，病人已有補牙及根管治療等複雜治療經驗，6顆蛀牙，分次完成，請再多說明與安撫，應可順利完成，加油。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>此病人雖有看牙經驗，但恐懼持續增加，也嘗試在門診治療，結果毫無配合度，也不能束縛。</p> <p>四、 病情記載、病情部份</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「5210、5220」(齲齒、齒髓炎)。</p> <p>(二) 依所附病歷及X光片資料顯示，確如健保署審核意見所載，病人齲齒數量不多，且接受過填補治療，宜以耐心及安撫溝通，分次處理完成治療。</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>

其他項目案例 1

摘要：病人為雙眼糖尿病視網膜病變合併黃斑部水腫，最佳矯正視力介於 0.05-0.5 之間，CRT>300 μ m，HbA1c <10，系爭「LUCENTIS」用藥符合規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 眼科 性別： 女性 年齡： 53 歲

診斷： 背基型糖尿病性視網膜病變

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
LUCENTIS 10MG/ML SOLUTION FOR INJECTION (K0008792FM)	6	6			<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之14.9.2. Anti-VEGF 如 ranibizumab (Lucentis)。</p> <p>二、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「36201」(背基型糖尿病性視網膜病變)。</p> <p>(二) 查卷附病歷資料，為雙眼增殖性糖尿病視網膜病變合併黃斑部水腫，最佳矯正視力介於 0.05-0.5 之間，OCT顯示黃斑部水腫厚度為>300 μm，FAG late film，且有明顯 LEAKAGE，HbA1c <10，符合前揭規定。</p> <p>三、 綜上，以健保給付系爭項目尚屬合理，爰將健保署原核定撤銷，同意所請。</p>

其他項目案例 2

摘要:術前評估未完整，不足以支持施行系爭手術之必要性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 眼科 性別： 女性 年齡： 51 歲

診斷： 老年性白內障

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
水晶體囊內(外)摘 除術及人工水晶體 置入術(86008C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則十附表須事前審查之診療項目「白內障手術」備註。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(九)4. 白內障手術。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：申請兩側，僅同意右側。先執行右側手術，另一側待其手術恢復情形再行評估申請。</p> <p>(二) 複核：左眼，照片顯示白內障嚴重程度尚未構成需即刻施行手術之必要條件。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「H25.9」(老年性白內障)。</p> <p>(二) 查卷附資料,「白內障自主審查申請表」之最佳矯正視力紀錄不詳,僅記載「右眼:0.5,左眼:0.1」,且視網膜及玻璃體記載為「clear, NP」,術前評估不完整,自不足以支持施行系爭手術之必要性。</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>

其他項目案例 3

摘要:依FA及OCT檢查顯示，黃斑部有點狀色素上皮退化，周邊有DRUSEN，無新生血管，申請使用系爭藥品，不符規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 眼科 性別： 女性 年齡： 82 歲

診斷： 老年性滲出性黃斑退化

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
LUCENTIS 10MG/ML SOLUTION FOR IN (KC008792FM)	4		4		<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之 14.9.2. Anti-VEGF 如 Ranibizumab (Lucentis)。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：右側，已用過3劑療程，黃斑部水腫及視力未見改善，建議尋找其他原因及治療方法。</p> <p>(二) 複核：右側，OCT、FAG殘餘 drusen，未見明顯NV，不符給付規定。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>H3532」(老年性滲出性黃斑退化)。</p> <p>(二) 查卷附資料，依FA及OCT檢查顯示，黃斑部有點狀色素上皮退化，周邊有DRUSEN，無新生血管，申請使用系爭藥品，核與前揭規定不符。</p> <p>四、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

其他項目案例 4

摘要:病人使用 BiPAP 助益不大，且意識不清，血壓偏低，痰多，不符居家照護收案條件。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 胸腔內科 性別： 男性 年齡： 89 歲

診斷： 呼吸器依賴狀態、慢性阻塞性肺病、心臟衰竭

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
居家照護收案 (999C)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫給付項目及支付標準第二章第二節居家照護階段。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：拔管後，stridor用BiPAP，但後面已穩定，看不出有要用BiPAP之indication，不符收案條件，不同意。</p> <p>(二) 複核：依提供資料與病況說明：1.意識不清2.血壓偏低3.痰多，為不適合收案使用NIPPV，不符收案條件，不同意。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>Z9911」(呼吸器依賴狀態)</p> <p>(二) 查卷附資料，病人為metabolic acidosis related respiratory distress，非primary respiratory failure，無CO2 retention，使用BiPAP助益不大，且病人意識不清，血壓偏低，痰多，申請系爭項目，核與前揭規定之收案條件不符。</p> <p>四、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

其他項目案例 5

摘要：病歷紀錄多為日常生活訓練，係以安置為目的，未能顯示以返回社會為治療目標，不符精神疾病患者社區復健之收案條件。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 精神科 性別： 男性 年齡： 60 歲

診斷： 思覺失調症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)(05402C)收案	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第二章精神疾病患者社區復健。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：以目前復健目標，僅為安置，無法使病人回歸社區、家庭。不符收案條件，不同意。</p> <p>(二) 複核：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診斷與所附病歷不符。 2. 若診斷為F3131不應是這樣的復健目標，雙極性病患與思覺失調症之復健方式是不同的。 3. 申復說明未針對此個案，此病患考量說明，也弄錯方向。

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「F209」(思覺失調症)</p> <p>(二) 查卷附資料，依○○醫院出院病歷摘要顯示，個案自95年11月1日至105年2月29日接受住院治療，天數達3408天，因家屬請求，爰轉介至申請人康復之家。惟依病歷紀錄，多為日常生活訓練，係以安置為目的，未能顯示以返回社會為治療目標，申請系爭項目，核與首揭規定不符。</p> <p>四、 綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

其他項目案例 6

摘要:未佐證能自行獨立接受訓練或家屬可配合，不符收案條件。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 精神科 性別： 男性 年齡： 38 歲

診斷： 生理狀況所致之其他特定精神疾患

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	駁 回	撤 銷 另 核	
精神復健機構(日間 型機構)之復健治療 (天)〈05401C〉收 案	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第二章精神疾病患者社區復健。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：症狀明顯，不符收案條件。</p> <p>(二) 複核：醫師之症狀評估至少積極症狀2分，與機構之評估落差過大，目前症狀不符收案條件。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「F068」(生理狀況所致之其他特定精神疾患)</p> <p>(二) 查卷附資料，病人67年5月13</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>日生，診斷重度智能不足，智商僅6歲以下。依病歷記載，父過世，母白內障，病人由OT帶至門診，且病歷內容簡略、雷同，尚難佐證病人能自行獨立接受訓練或家屬可配合，申請系爭項目，核與前揭規定不符。</p> <p>四、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

其他項目案例 7

摘要：曾用過memantine，donepezil，rivastigmine，galantamine，而不再適用之重度失智者，不得使用ARICEPT。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 神經科 性別： 女性 年齡： 87 歲

診斷： 歸類於他處其他疾病所致之失智症，未伴有行為障礙

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
ARICEPT F.C. TABLETS 5MG 〈AC42556100〉	365		365		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之1.3.3.失智症治療藥品</p> <p>4. (1) III. 重度失智症：限使用donepezil及memantine口服製劑：「iii.曾使用過memantine,donepezil,rivastigmine, galantamine 而不再適用者，不得使用。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：1.請補附最近兩個月以內之CDR 報告。2.105年5月10日MMSE：9，MMSE或CDR評估結果與本保險藥品給付規定不符，MMSE 5-9分且CDR 3級之患者。曾用過memantine、donepezil、rivastigmine、</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>galantamine而不再適用之重度失智者。</p> <p>(二) 複核：105年5月10日 MMSE 9，曾用過memantine、donepezil、rivastigmine、galantamine而不再適用之重度失智者。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「F0280」(歸類於他處其他疾病所致之失智症，未伴有行為障礙)。</p> <p>(二) 查卷附資料，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 申請理由雖略稱：「此個案自101年向健保署申請Aricept 5mg使用至105年5月MMSE=9分，較去年退步2分，但並未超過2分以上，且CDR仍維持2分。」，惟輕度至中度失智症雖以MMSE 或 CDR之一為依據，但重度者則以MMSE及CDR兩者為依據，其精神即考量兩者在臨床上未必完全相當，重度者應慎重考慮使用，故需從嚴，若其中之一已達重度自當依重度之標準為依據。 病人使用系爭藥物 Donepezil (Aricept)後，104年3月27日之

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>MMSE及CDR分別為11分、2級，至105年5月10日退步為MMSE 9分、CDR 2級，為重度失智症，確如健保署審核意見所載，曾用過 memantine，donepezil，rivastigmine，galantamine 而不再適用之重度失智者，不得使用。</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>

其他項目案例 8

摘要：病人腦中風，患側近端上肢固有明顯自主性動作，且肌肉張力增加，惟手掌與手指無自主性動作，以系爭藥物治療，無法改善上肢及手部功能，自不足以支持使用該藥物之必要性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 復健科 性別： 男性 年齡： 67 歲

診斷： 不明側之其他癱瘓徵候群，腦血管疾病後遺症

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審 議 結 果			理 由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
BOTOX (BOTULINUM TOXIN TYPE A) PURIFIED NEUROTOXIN COMPLEX "ALLERGAN" (KC00525299)	600		600		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之1.6.2.1. Botox。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：右側：為無功能之上肢，不符本保險藥品給付規定。 Rt U/E：Br.stage P/D： III / II。</p> <p>(二) 複核：Intracramial hemorrhage with right hemiplegia(95年10月24日)無積極療效，對其功能之改善，幫忙不大。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「4389」(腦血管疾病後遺症)。</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>(二) 查卷附資料，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請人原申請系爭藥品每次使用200U，一年使用3次，計600U。 2. 查卷附資料，為腦中風病人，所附錄製影片呈現病人患側近端上肢雖有明顯自主性動作，且肌肉張力增加，惟手掌與手指無自主性動作，以系爭藥物治療，無法改善上肢及手部功能，自不足以支持使用系爭藥物之必要性。 <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>

其他項目案例 9

摘要：無病人經藥物、復健治療等保守療法3個月後仍未改善之資料，且施行診斷性阻斷(image-guided block)後，有緩解，自不足以支持申請施行系爭項目之必要性。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 脊椎骨科 性別： 女性 年齡： 57 歲

診斷： 腰薦椎其他退化性脊椎炎

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
高頻熱凝療法 (83079B)	1		1		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節第十項診療項目「高頻熱凝療法(83079B)」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：治療後VAS：8 to 2，不須做RF。</p> <p>(二) 複核：L2-3 spondylolithesis with instability: no indication for radiofrequency therapy。</p> <p>三、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M47897」(腰薦椎其他退化性脊椎炎)。</p> <p>(二) 查所附資料，無病人經藥物、</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>復健治療等保守療法3個月後仍未改善之資料可稽，且診斷性阻斷(image-guided block)後有很好的緩解，自不足以支持申請施行系爭項目之必要性。</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>

摘要:診斷為原發性肺動脈高壓，惟無Revatio開始使用時間，且Revatio宜使用滿3個月後，再施行心臟超音波檢查評估療效，視療效評估結果，再申請使用系爭藥物。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 心臟血管內 性別： 男性 年齡： 49 歲
科

診斷： 原發性肺性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
OPSUMIT FILM COATED TABLETS 10MG 〈X000132100〉	365		365		<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之 2.8.2.3. macitentan (如 Opsumit)。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5.：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料(病歷資料上應有保險人核蓋之章戳)。」。</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</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>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：105 年 5 月 6 日出院病摘：Medical with Revatio treatment was suggested, No dyspnea was noted and the hemodynamic status was also stable。</p> <p>(二) 複核：EKG and CXR, CT scan do not support right side pressure over load。</p> <p>四、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「I270」(原發性肺性高血壓)。</p> <p>(二) 查卷附資料，健保署受理申請人申請申復日期為 105 年 5 月 30 日，核定日期為 105 年 6 月 3 日，則卷附 105 年 6 月 3 日以後之診療紀錄及相關檢驗(查)報告，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，不予認定。</p> <p>(三) 復依原送審資料，病人診斷為</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>原發性肺動脈高壓，申請理由雖略稱：「病人在做完 right heart cath 後先給予 Revatio，以減輕症狀，再予以專案申請 endothelin receptor antagonist，在這空窗期可以避免病人無藥可治。」，惟依病情記載及申請理由主張，無 Revatio 開始使用時間，且 Revatio 宜使用滿 3 個月後，再施行心臟超音波檢查評估療效，視療效評估結果，再申請使用系爭藥物。</p> <p>五、 綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>六、 另建請貴院倘有新事證，宜重新送健保署審核，以維病患權益，併予敘明。</p>

摘要：病人骨齡增加與年齡增加比率小於1，預估身高增加1公分，不符治療條件之規定。

費用年月： 類別： 事前審查

科別： 小兒科 性別： 女性 年齡： 7歲7個月

診斷： 性發育及青春期早熟，NEC

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
Leuplin Depot 1M 3.75mg S.C. Injection (BC259342AA)	13		13		<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之5.5.1.Gn-RH analogue (如Leuprorelin)。</p> <p>二、 病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「2591性發育及青春期早熟，NEC」。</p> <p>(二) 查所附病歷資料，病人103年8月29日，骨齡為10歲6個月，預估身高為150.4公分，104年4月20日骨齡為11歲，預估身高為151.4公分，病人於追蹤期間，其骨齡增加與年齡增加比率小於1，預估身高增加1公分，不符上揭所定「骨齡增加與年齡</p>

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	駁回	撤銷另核	
續前頁					<p>增加比率≥ 2.0，且預估身高(PAH)減少至少五公分」之治療條件。</p> <p>三、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

陸、行政審査案例

摘要：申報調劑藥師之執業執照尚未生效，不予給付藥事服務費。

案由：○○診所申請行政核減保險對象○○○105年1月份門診藥事服務費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法（以下簡稱醫療服務審查辦法）第18條第1項第4款：「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。」。

二、 健保署審核意見要旨

- （一） 初核：藥師生效起日104年12月16日，藥事服務費申報錯誤（C87）。
- （二） 複核：查本件藥師生效起日為104年12月16日，而本件開藥日期為104年12月3日，故不予給付。

三、 審定理由

- （一） 查卷附資料，本件係健保署執执行程序審查發現，申請人申報保險對象A○○104年11月20日牙科診療相關費用，有關藥品處方（處方執行日為104年12月3日）之調劑藥師為A○○（身分證字號：*****），並據以申報系爭藥事服務費（05203C），惟該名藥師執業執照生效日係104年12月16日，顯有申報資料填載錯誤之情事，乃依首揭醫療服務審查辦法規定，核減系爭藥事服務費，共計33點。
- （二） 茲就申請人檢附之「醫事人員基本資訊查詢」、申報廖姓保險對象之費用年月、流水號、就醫日期、處方執行日、系爭項目及點數、調劑藥師，以及健保署核減點數、理由等資料，彙整臚列如下表：

申請人申報情形							健保署核減	
費用年月	流水號	就醫日期	處方執行日期	系爭項目	點數	調劑藥師	點數	理由
105年1月	1371	104年11月20日	104年12月3日	門診藥事服務費(05203C)	33點	A○○ (身分證字號：*****) (執業執照生效起日：104年12月16日)	33點	1. C87 2. 藥師生效起日：104年12月16日

- （三） 承上表所示，申請人申報系爭「門診藥事服務費（05023C）」之調劑藥師為A○○○，惟於104年12月3日調劑處方時，該名藥師之執業執照尚未生效，健保署依前揭規定不予給付系爭費用，並無不合。申請人雖主張：「病人於104年12月3

日來門診領藥，藥師為B○○，身分證字號為*****，於104年12月25日修該處方為A○○藥師（A○○藥師生效日為104年12月16日），所以報表就呈現A○○的身分證號，實因資訊轉換時發生錯誤。」云云，惟調劑藥師既為B○○，更不應申報為A○○，所稱自難執為本案之論據。

四、綜上，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：申報醫師和病歷記載之處置醫師不同，核與規定不符。

案由：○○醫院申請行政核減保險對象○○○等2案102年5月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條：「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：一、保險對象資格。二、保險給付範圍。三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目。七、事前審查項目。八、其他醫療費用申報程序審查事項。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、 健保署審核意見要旨

(一) 初核：醫師出國期間申報醫療費用專案，經檔案分析申報資料勾稽比對入出境資料，依程序審查結果核定。

(二) 複核：

1. 費用申報醫師和處置病歷記載醫師不同。
2. 違反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條規定。
3. 程序審查不予支付理由代碼表：H10-08、H11-08。

三、 申請理由要旨

經查證為醫師代碼誤植，原看診醫師為黃○○醫師。

四、 健保署提具意見要旨

(一) 查申報醫師何醫師確於出國期間，申報林○○、趙○○等案之醫療費用。

(二) 本案該院於費用申報時，應詳加檢查確認無誤，又其申復及爭審理由均表明為醫院醫師代碼誤植。

五、 審定理由

(一) 查卷附資料，本件係健保署執行「醫師出國期間申報醫療費用專案（100年11月21日至102年11月20日）」，經檔案分析申報資料勾稽比對入出境資料，發現渠等2案費用申報醫師和處置病歷記載醫師不同，與規定不符，核減系爭102年5月份門診診療費用。

(二) 依卷附資料，系爭保險對象之就醫日、申報醫師出入境期間，及病歷所載處置醫

師，整理如下表：

保險對象	系爭就醫日	申報醫師		病歷所載處置醫師
		出入境期間	姓名	
○○○	102 年 5 月 31 日	102 年 5 月 22 日至 102 年 6 月 1 日	A○○	B○○
○○○	102 年 5 月 31 日	102 年 5 月 22 日至 102 年 6 月 1 日	A○○	B○○

(三) 承上表所示，渠等2案，系爭就醫日申報醫師均為A○○，惟病歷所載處置醫師卻為B○○，即不符前揭規定，亦為申請人所不否認，則健保署不予支付102年5月份門診診療費用，核屬有據。

六、 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。

摘要：原報備醫師之核准專科別，與申報轉診加成費用之科別不符。

案由：○○醫院申請行政核減保險對象○○○○等4案104年3月份牙醫門診專科轉診加成費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

(一) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條第1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：……三、醫療服務給付項目及支付標準……正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。……八、其他醫療費用申報程序審查事項。」。同條第2項：「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) 改制前行政院衛生署中央健康保險局90年7月6日健保醫字第000000000000號函公告全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點略以：

現行要點	作業說明
三、牙醫門診轉診之範圍，限於下列之專科與項目 1. 牙髓病科： A、重新治療 B、根管鈣化 C、器械折斷 D、症狀不消 E、彎曲根管 F、穿孔 G、根尖成形術 H、手術	1. 支付標準編號 90001C、90002C 及 90003C 有 A-H 症狀時申報。 2. 根管治療之難症處理，申報轉診加成時必須嚴審。
3. 口腔顎面外科：除了簡單拔牙以外之所有口腔顎面外科項目。	※ 支付標準編號 92001C-92055C（不包括 92013C）

二、 健保署審核意見要旨

(一) 初核：支付成數大於規定支付成數上限（核檢代碼：C28）。

(二) 複核：依據專科轉診加成作業要點規定，每一位牙醫師僅能以一項專科別向牙醫全聯會報備，經報准之牙醫專科得申報轉診加成，經查○Dr報備核准之專科乃牙髓病科，而非口腔顎面外科，僅限90001C~90003C有A-H症狀時申報加成。

三、 審定理由

(一) 查卷附資料，本件係健保署執行程序審查發現，申請人申報104年3月份門診案件分類19，「牙髓病科」專科醫師轉診加成3成之醫療費用共4案（流水號1327、1889、2082及2269），其中系爭「囊腫摘除術-小(92017C)」、「前齒根尖切除

術(92030C)」、「小白齒根尖切除術(92031C)」、「大白齒根尖切除術(92032C)」項目共7筆，係以「牙髓病科」專科醫師○○○申報系爭92017C、92030C、92031C及92032C轉診加成3成醫療費用，惟申報系爭項目轉診加成，以報備核准「口腔顎面外科」之專科醫師始得申報，而原報備○○○醫師之核准專科係「牙髓病科」，非「口腔顎面外科」，乃依首揭規定，核扣溢報系爭項目之加成費用，共計5,460點。

(二) 茲就申請人申報原核備之專科及醫師、保險對象、系爭就醫日、系爭項目及其數量、原支付點數、加成點數、健保署核減點數等資料，彙整臚列如下表：

申請人申報							健保署
原核備之專科/ 醫師(身分證字號)	保險對象 (流水號)	系爭就醫日	系爭項目	數量	原支付點數	加成點數 (加3成)	核減點數 (合計： 5,460點)
牙髓病科/ ○○○ (***** **)	○○○○ (1327)	104年3月2日	前齒根尖 切除術 (92030C)	1	1,800點	540點	540點
			囊腫摘除 術-小 (92017C)	1	3,000點	900點	900點
	○○○ (1889)	104年3月16日	前齒根尖 切除術 (92030C)	2	1,800點 *2	1,080點	1,080點
	○○○ (2082)	104年3月19日	小白齒根 尖切除術 (92031C)	1	2,800點	840點	840點
			囊腫摘除 術-小 (92017C)	1	3,000點	900點	900點
	○○○ (2269)	104年3月25日	大白齒根 尖切除術 (92032C)	1	4,000點	1,200點	1,200點

(三) 承上表所示，系爭項目轉診加成費用之申報，限「口腔顎面外科」之專科醫師，申請人以「牙髓病科」專科醫師○○○名義申報，即與前揭規定不符，則健保署依前揭規定核扣溢報系爭項目之加成費用，並無不合。

(四) 申請人雖主張：「患者經診所轉診至本院門診治療，並安排於系爭就醫日(104年3月2日【○○○○案】、104年3月16日【○○○案】、104年3月19日【○○○案】、104年3月25日【○○○案】)接受根尖手術。依據牙醫轉診項目之分類：牙根尖手術屬於牙髓病科之「H」手術類，故診療項目代碼(92030C、92031C、92032C根尖切除術合併銀汞合金逆充填)應屬之。」云云，惟經健保署提具意見陳明如下，所稱核難執為本案之論據：

1. 申請人申報104年3月醫療費用案件，發現登記「牙髓病科」之專科醫師申報案件分類19之1327流水號(○○○○)前齒根尖切除術*1(92030C, 1,800點)與囊腫摘除術-小*1(92017C, 3,000點)、1889流水號(○○○)前齒根尖切除術*2

(92030C*2, 3,600點)、2082流水號(○○○)小白齒根尖切除術*1(92031C, 2,800點)與囊腫摘除術-小*1(92017C, 3,000點)及2269流水號(○○○)大白齒根尖切除術*1(92032C, 4,000點)等7筆加成3成費用,計5,460點。

2. 依據「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」,指登記為「牙髓病科」之專科醫師,當次診療有A-H症狀時申報90001C(恆牙根管治療-單根)、90002C(恆牙根管治療-雙根)、90003C(恆牙根管治療-三根以上)處置碼或根管治療之難症處理(90091C~90098C;申報轉診加成時必須嚴審)時,該處置碼可加成3成。但該案並非申報90001C~90003C處置或根管治療之難症處理,故申報92017C等7筆醫令加成明顯不符專科轉診加成之規定。

四、 綜上,自無法顯示需給付所請費用之正當理由,原核定並無不合,應予維持。

摘要：醫事人員未符合參與牙醫門診總額牙周病統合照護計畫資格，且未檢附向保險人更正之醫令清單，自無法顯示需給付所請費用之正當理由。

案由：○○附設醫院申請行政核減保險對象○○○案103年1月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

- (一) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條：「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：一、保險對象資格。二、保險給付範圍。三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目。七、事前審查項目。八、其他醫療費用申報程序審查事項。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) 103年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫六、申請程序及申報規定：「(一) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，送中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請初核，並由牙醫全聯會報送所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組核定，異動時亦同。(二) 如病患病情需要，由上述參與計畫之特約醫療院所醫師實施並申報本計畫之治療項目。」

二、 健保署審核意見

- (一) 初核：C59，醫事人員未符合參與試辦計畫資格。
- (二) 複核：主治醫師未符合資格(未具施行牙周綜合治療計畫資格)。

三、 申請理由要旨

申請爭議理由：因牙統第三階段為同療行為，不申報診察費，故○○醫院“醫令清單”之診療醫師顯示A○○醫師，但實際上portal系統內，當日診療醫師確實為B○○醫師，此為醫院資訊作業系統的處理問題，而非申報錯誤。

四、 健保署提具意見暨補充意見要旨

- (一) 本案該院於費用申報時，應詳加檢查確認無誤，又其申復及爭審理由均表明為醫院資訊作業系統處理問題。
- (二) 基於真實發現主義及處分恆定原則，醫療費用申報不全或錯誤得於申復階段補正者，宜以不可歸責於申請人之錯誤為限，以避免浪費行政資源，原核定並無不當。

五、 審定理由

- (一) 查卷附資料，本件係健保署審查申請人申報保險對象C○○「牙周病統合性治療第三階段給付(P4003C)」費用3,200點，因醫事人員未符合參與試辦計畫資格，乃不予給付。
- (二) 依健保署「HMAI2132S02_醫事機構試辦計畫參與人員歷史查詢」顯示，A○○醫師參與「牙周病統合照護計畫」迄日為103年1月16日。
- (三) 復依卷附「○○醫院門診醫療服務點數及醫令清單」所載，診治醫事人員代號為*****，為A○○醫師，惟A○○醫師業於103年1月16日異動，卻申報103年1月17日執行系爭處置，即不符前揭規定，且未檢附向健保署更正之醫令清單，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。

摘要：申報「腦血管疾病及顱腦損傷處置費（C06）」，惟未按季於VPN填報巴氏量表分數，核與規定不符。

案由：○○診所申請行政核減保險對象○○○等4案104年10、11月份門診處置費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

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第九章特定疾病門診加強照護

通則六：「為避免病患重複收案，醫事人員收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病及顱腦損傷每季至少需於VPN填報巴氏量表分數乙次。」。

編號C06診療項目「特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四至六次)」註1.：「每二週限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。」。

二、 健保署審核意見要旨

(一) 初核：未按季登錄巴氏量表。

(二) 複核：依據支付標準第四部第九章特定疾病門診加強照護通則：「六、為避免病患重複收案，醫事人員收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病及顱腦損傷每季至少需於VPN填報巴氏量表分數乙次。」。經查貴院並未完成VPN登錄事項，故依上述規定無法給付該項費用。

三、 審定理由

(一) 查卷附資料，本件係健保署執执行程序審查發現，申請人申報104年10、11月門診醫療費用，保險對象○○○（流水號23、24、29、30）「腦血管疾病及顱腦損傷處置費（C06）」共4案，未按季於VPN填報巴氏量表分數，乃依首揭規定，不予給付系爭費用，共計12,000點。

(二) 茲就申請人申報之費用年月、流水號、就醫日期、系爭醫令代碼及點數、VPN填報巴氏量表分數，以及健保署追扣點數等資料，彙整臚列如下表：

申請人申報情形						健保署追扣點數
費用年月	流水號	就醫日期	系爭醫令代碼	點數	VPN填報巴氏量表分數	
104年10月	23	104年9月25日	C06 (腦血管疾病及顱腦損傷處置費)	3000點	無	12,000點 (3000點*4)
	24	104年10月13日		3000點		
104年11月	29	104年10月28日		3000點		
	30	104年11月11日		3000點		

(三) 承上表所示，申請人申報「腦血管疾病及顱腦損傷處置費(C06)」，惟未按季於VPN填報巴氏量表分數，健保署依前揭規定不予系爭處置費，並無不合。申請人雖主張：「1. 因不熟悉電腦網頁操作，造成VPN登錄未成功。2. 但所有腦中風照護案件，皆有確實做巴氏量表的評估，並保存，且病歷都有記載。卻因不熟悉電腦網頁操作，造成全數費用核刪。但確有照顧患者，且依規定做巴氏量表的事實，如此被核刪是否有失公平？」，然經健保署提具意見陳明，略以：「查自本署103年5月1日VPN登錄上線後，申請人申請腦血管疾病及顱腦損傷案件計43案，除本件4案，外皆為成功登錄。」等語，所稱自難執為本案之論據。

四、 綜上，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：申請人重複申報屬同一療程之診察費，不符規定。

案由：○○醫院申請行政核減保險對象○○○103年12月份中醫門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

（一） 行為時全民健康保險醫療辦法第8條

1. 第1項：「保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗健保卡時，應於健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還」。
2. 第2項：「前項診療服務屬同一療程者，應僅登錄可累計就醫序號之就醫類別一次，如為同一醫師併行其他診治，亦不得再重複登錄。」。
3. 第3項：「前項同一療程，指下列診療項目，於一定期間施行之連續治療療程：……三、自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程者：……中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定之診療項目。」。
4. 第4項：「同一療程最後治療日為例假日者，順延之。」。

（二） 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之通則四：「針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。」。

（三） 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部、五：「針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，主治醫師應親自執行並得視保險對象病情需要，同一療程取一次卡號，最多可酌予治療六次並僅申報一次診察費。」。

（四） 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條

1. 第1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。……。」。
2. 第2項：「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、 健保署審核意見要旨

（一） 初核：103年10-12月中醫同療程未完成6次治療即另起新療程。

（二） 複核：

1. 流水號639，就醫日期103年11月28日治療1次，申請診察費A04。
2. 流水號390，就醫日期103年12月2日、12月9日、12月12日、12月16日治療4次，未申請診察費。
3. 流水號619，就醫日期103年12月26日治療1次，申請診察費A04。

4. 綜上，30日內，相同主診斷於6次治療中申請2筆診察費，故不予補付。

三、 審定理由

- (一) 查卷附資料，本件係健保署執行「中醫6次療程專案」程序審查發現，申請人申報系爭103年12月保險對象○○○（案件分類29），流水號619，就醫日期103年12月26日之醫令代碼A04（診察費）220點，與就醫日期103年11月28日之申報案件屬同一療程診療案件，重複申報A04，因不符同一療程限申報一次診察費規定，爰核扣系爭「診察費（A04）」1次，計220點。
- (二) 茲依卷附「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，就申請人申報暨健保署核減點數等資料，彙整臚列如下表：

申請人申報										健保署核減
費用年月	案件分類	流水號	就醫日期	診斷	針灸治療處置費-未開內服藥（B42）			一般門診診察費（A04）		
					執行時間	數量	點數	數量	點數	
103年11月	29	639	103年11月28日	未明示全身或局部之骨關節病（國際疾病分類碼：715.90）	103年11月28日	1	189點	1	220點	0點
103年12月		390			103年12月2日、9日、12日、16日	4	840點	0	0點	0點
		619	103年12月26日（系爭就醫日）		103年12月26日	1	189點	1	220點	220點

- (三) 申請人雖主張：「該患者為骨科及復健科治療失敗的個案，於西醫相關之各項檢查明確，已載明於病歷中，主訴亦相當清楚，確實為多處退行性骨關節病變之患者，診斷其為715.90 Osteoarthritis, unspecified whether generalized or localized, site unspecified，應屬洽當，因應患者病情需要，於針灸療程中，雖同時給予中藥治療，然而並未重複申報診察費」云云，惟承上表所示，系爭就醫日期為103年12月26日，病人診斷為「未明示全身或局部之骨關節病（國際疾病分類碼：715.90）」，自103年11月28日首次治療起30日內，於申請人醫院接受6次連續針灸治療，屬同一療程之診療服務，然申請人申報2次「一般門診診察費（A04）」，即與前揭規定不符，則健保署依前揭規定核扣系爭項目之費用，自屬有據。

四、 綜上，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：申請人診所負責醫師非復健科專科醫師或申報醫師非屬申請人聘用之專任復健科專科醫師，申報物理、職能治療診療項目，核與規定不符。

案由：○○診所申請保險對象○○等184案104年4月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

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)第二部第二章第四節第二項物理治療診療項目「中度治療-中度(42017C)」、「複雜治療(42019C)」及第三項職能治療診療項目「中度治療(43027C)」、「複雜治療(43031C)」註：「限復健專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報」。

二、 健保署審核意見

(一) 初核：

申請人診所申報104年4月費用，經健保署醫令自動化程式檢核，以核減代碼CA2（核減價差）核扣醫療費用案件：42017C計100筆、7,500點，42019C計20筆、2,800點，43027C計44筆、3,300點，43031C計20筆、2,800點，合計不予支付費用16,400點。

(二) 複核：

依支付標準第二部第二章第四節，中度治療(42017C、43027C)及複雜治療(42019C、43031C)，限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。

三、 申請理由要旨

(一) 申請人診所為(設有專任之復健科專科醫師)聯合執業之診所，負責醫師為家醫專科醫師，診所設有專任之復健專科醫師，申報依健保支付標準代碼申報費用，當聯合執業復健專科醫師遇有進修或出國時，會情商同為復健專科醫師支援代診業務，因同為復健專科醫師，同樣的處置，申報醫令當然是一致，此乃長久以來不變的原則。

(二) 健保署最近(104年2月份)啟動錯誤的檢核程式，致核扣申請人診所支援之復健專科醫師，申報醫令代碼42017C等醫令，改核以骨科醫師申報之代碼42009C等支付費用。

(三) 因之前在99年8月也曾經有同樣情況，後因醫師公會全聯會反應，健保署也在次月(99年9月)即關閉該錯誤的檢核程式。不知為何歷經了4年又6個月後，最近健保署卻又啟動此錯誤的檢核程式。

(四) 健保署如此未依法、理、情的情況下，執行此錯誤的檢核程式，對復健專科醫師

與非復健專科醫師共同聯合執業的診所，其復健科業務主要還是由聯合執業專任的復健醫師負責，與負責人為復健專科設立的單科診所，同樣聘有支援的復健專科醫師支援復健業務，於開立處方醫令42017C、42019C之治療，主要應考量病患治療的完整與持續性，故申報代碼實不應有所區別。

四、 健保署提具意見要旨

- (一) 依行為時支付標準規定，復健治療之物理中度治療（42017C）、物理複雜治療（42019C）、職能中度治療(43027C)及職能複雜治療(43031C)，限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報。
- (二) 該診所負責醫師○○○醫師具眼科專科醫師資格，非復健專科醫師，且○○○醫師為「支援」之復健科專科醫師，非「專任」之復健科專科醫師，故依原審意見，仍不同意給付。

五、 查卷附資料，分述如下：

- (一) 本件係健保署經醫令自動化程式檢核，以核減代碼CA2（核減價差），將保險對象賀勛等184案104年4月份系爭復健治療之「中度治療-中度(42017C)」、「複雜治療（42019C）」、「中度治療(43027C)」、「複雜治療(43031C)」，分別改核為「中度治療-中度(42009C)」、「複雜治療(42015C)」、「中度治療(43006C)」、「複雜治療(43032C)」，核扣之醫療費用共計16,400點。
 - (二) 經查本部醫事管理系統顯示，本件申請人診所負責醫師○○○，為眼科專科醫師，並非復健科專科醫師，其開設申請人診所，係屬基層院所，而本件費用申報醫師為○○○，為申請人診所支援報備核准之復健科專科醫師，支援代診復健科醫師門診業務，非屬申請人聘用之專任復健科專科醫師，均為申請人所不否認，申報系爭項目即與前揭規定不符。
 - (三) 至申請理由所稱：「對復健專科醫師與非復健專科醫師共同聯合執業的診所，其復健科業務主要還是由聯合執業專任的復健醫師負責，與負責人為復健專科設立的單科診所，同樣聘有支援的復健專科醫師支援復健業務，於開立處方醫令42017C、42019C之治療，主要應考量病患治療的完整與持續性，故申報代碼實不應有所區別。」乙節，核屬全民健康保險政策訂定範疇，尚難執為本案之論據。
- 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。

摘要：申報「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」，惟未於VPN系統登錄必填欄位相關資料，核與規定不符。

案由：○○診所申請保險對象○○○104年1月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

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：一、保險對象資格。二、保險給付範圍。三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目。七、事前審查項目。八、其他醫療費用申報程序審查事項。」、「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氣喘醫療給付改善方案（以下簡稱醫療給付改善方案）肆、四、品質資訊之登錄及監測：「(一)參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容，登錄相關品質資訊。」。
- (三) 醫療給付改善方案肆、五、(二)審查原則：「1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。2. 其餘未規定事項，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規定辦理。」。
- (四) 醫療給付改善方案附件二全民健康保險氣喘醫療給付改善方案給付項目及支付標準，診療項目「氣喘追蹤管理照護費 (P1613C)」，支付點數：200 點/次、「氣喘年度評估管理照護費 (P1615C)」，支付點數：400 點/次。
- (五) 醫療給付改善方案附件三全民健康保險氣喘醫療給付改善方案個案登錄系統必要欄位簡化表「二、追蹤管理……必填欄位:1. 追蹤管理日期2. 症狀頻率（白天）3. 症狀頻率（夜間）4. 預估值或最佳值(%)5. 變異度(%)6. 嚴重度評估7. ACT氣喘控制狀況。」、「三、年度評估……必填欄位:1. 年度評估日期2. 症狀頻率（白天）3. 症狀頻率（夜間）4. 預估值或最佳值(%)5. 變異度(%)6. 嚴重度評估7. ACT氣喘控制狀況。」。

二、 健保署審核意見

- (一) 初核：「門診醫療費用氣喘收案檢核報表」VPN有登錄資料：N。
 - (二) 複核：未上傳成功。
- 三、 申請人主張
- (一) 申復理由：已補VPN的建檔資料。

(二) 申請理由：VPN已確實登錄，附上健保署VPN區間登錄資料查詢畫面。

四、 審定理由

(一) 本件係健保署審查申請人申報保險對象陳湜靜104年1月份之診療項目「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」，發現有未於VPN系統登錄必填欄位相關資料之情形，與前揭規定不符，乃核減申請人診所系爭「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」1次，計400點費用。

(二) 健保署提具意見陳明，略以：針對申請人所提意見及相關資料再予審查，○○○案(E1案件、流水號42)，因VPN系統代碼登錄錯誤，原應登錄P1613C(氣喘追蹤管理照護費)，誤登為P1615C(氣喘年度評估管理照護費)，仍不予補付400點。

(三) 依前開規定，申報系爭診療項目「氣喘年度評估管理照護費(P1615C)」必填欄位為1. 年度評估日期2. 症狀頻率(白天)3. 症狀頻率(夜間)4. 預估值或最佳值(%)5. 變異度(%)6. 嚴重度評估7. ACT氣喘控制狀況，而所附「單一醫師診療年度查詢」資料顯示，註2載有：「年度評估顯示『Y』表示該次為年度評估之紀錄，其餘表示該次為例行追蹤或新收案。」，經查104年1月23日(系爭就醫日期)氣喘控制狀況等必填欄位，雖均已登錄，惟「年度評估」欄位，為空白，未顯示為「Y」。

(四) 次依健保署提供之「E5003個案資料查詢」資料顯示，該系爭就醫日之「診療階段」為追蹤管理，確如健保署審核意見所載，應申報為P1613C(氣喘追蹤管理照護費)。

五、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：醫師出國期間卻申報醫療費用，不予給付。

案由：○○醫院申請保險對象○○○等 6 案 101 年 10 月份、102 年 6、9 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

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：「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：一、保險對象資格。二、保險給付範圍。三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。四、申報資料填載之完整性及正確性。五、檢附資料之齊全性。六、論病例計酬案件之基本診療項目。七、事前審查項目。八、其他醫療費用申報程序審查事項。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、 健保署審核意見要旨

(一) 初核：出國申報專案核減。

(二) 複核：

1. 費用申報醫師和處置病歷記載醫師不同。
2. 違反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條規定。
3. 程序審查不予支付理由代碼表：H10-08、H11-08。

三、 申請理由要旨

醫師出國期間代理醫師確實有提供醫療服務，因診間電腦系統設定問題，未即時更新，致誤植申報醫師。

四、 健保署提具意見要旨

- (一) 查蕭醫師確於出國期間，申報陳○○、鄭○○、林○○等案之醫療費用；郭醫師確於出國期間，申報吳○○案之醫療費用；姜醫師確於出國期間，申報陳○案之醫療費用。。
- (二) 本案該院於費用申報時，應詳加檢查確認無誤，又其申復及爭審理由均表明為醫院診間電腦系統設定未即時更新問題。

五、 審定理由

- (一) 查卷附資料，本件係健保署執行「醫師出國期間申報醫療費用專案（100年11月21日至102年11月20日）」，經檔案分析申報資料勾稽比對入出境資料，發現渠等5案費用申報醫師和處置病歷記載醫師不同，與規定不符，核減系爭101年10月份

、102年6、9月份門診診療費用。

- (二) 依卷附資料，系爭保險對象之就醫日、申報醫師出國期間、病歷所載處置醫師及核扣點數，整理如下表：

保險對象	系爭就醫日	申報醫師		病歷所載處置醫師	健保署核扣點數
		出入境期間	姓名		
陳○○	101年10月19日	101年10月17日至101年10月24日	蕭○○	賴○○	7,260
鄭○○	102年9月26日	102年9月25日至102年9月30日	蕭○○	黃○○	7,270
林○○	102年9月26日	102年9月25日至102年9月30日	蕭○○	黃○○	7,270
吳○○	102年6月22日	102年6月19日至102年6月23日	郭○○	陳○○	270
陳○	102年9月30日	102年9月27日至102年10月19日	姜○○	陳○○	2,125

- (三) 承上表所示，渠等5案，系爭就醫日申報醫師分別為蕭○○、郭○○、姜○○，惟病歷所載處置醫師分別為賴○○、黃○○、陳○○、陳○○，即不符前揭規定，此為申請人所不否認，則健保署不予支付101年10月份、102年6、9月份門診診療費用，核屬有據。

六、 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。

摘要：申報「結核病例發現確診費(A1001C)」，惟申報院所名稱與確診院所名稱不符。

案由：○○醫院申請保險對象○○○案102年9月份住院診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）第八部品質支付服務第一章結核病之診療項目「結核病例發現確診費(A1001C)」註：該病例須經改制前疾病管制局確認登記。

二、 健保署審核意見

（一） 初核：衛生福利部中央健康保險署健保○字第0000000000號函要旨

經衛生福利部疾病管制署(以下簡稱疾管署)確認結果為未登錄(申請院所不符)，追扣「結核病例發現確診費(A1001C)」750點。

（二） 複核：

個案於102年9月6日由○○醫院確診，惟照護歷程係由○○醫院於102年9月4日加入健保品質專案，102年10月2日由○○醫院跨院承按照護，依紀錄無法據以認定○○醫院是否落實品質管理，歉難補付。

三、 申請人主張：

（一） 依規定確診後已向改制前疾病管制局通報(如「健保結核病品質支付服務管理摘要表」)，依規定可申報A1001C結核病例發現確診費，並非健保署所認定需落實品質管理。

（二） 病患剛開始於○○醫院求治，因無負壓隔離病房，聯絡本院有隔離病房，故入本院急診求治並接受治療，因患者家住○○，故出院回診及後續追蹤於當地醫院就診。

四、 查卷附資料，分述如下：

（一） 本件係健保署將申請人申報「結核病例發現確診費(A1001C)」、「結核病治療成功費(A1002C)」資料，請疾管署檢核比對發現，保險對象○○○之確診申請院所不符，申請人申報系爭「結核病例發現確診費(A1001C)」不符前揭規定，核扣系爭項目750點。

（二） 健保署提具意見陳明，略以：

1. 為維護○○醫院權益，該院提出爭議審議後，本署○○業務組依其所附相關資料轉由疾管署重新審查A1001C「結核病例發現確診費」，審查意見仍維持原議不予補付，不同意理由：雖該個案陽性檢體由該院送驗，惟其照護歷程中，該院並未依健保品質專案提供服務，依紀錄無法據以認定該院是否落實品質管理

，亦無專案醫師、個案管理專員或跨院承接個案資訊，是以尚不符合A1001C支付條件。

2. 本署○○業務組針對該院所請爭議審議案件，重新審查並維持原議。

(三) 依疾管署就102年全年(費用年月)健保特約院所申報支付標準第8部第1章結核病診療項目A1001C「結核病例發現確診費」檢核比對結果資料顯示，申報院所名稱為「○○醫院」，與確診院所名稱為「○○醫院」不符，且查申請人所附之「健保結核病品質支付服務管理摘要表」顯示，其專案治療醫師、個案管理專員之欄位雖分別登錄為「○○○」、「○○○」，惟查上開人員為○○醫院(承接治療院所)所屬員工，並非申請人醫院所屬員工。

五、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：申報「Flur Di Fen Patch (AC40358345)」每月超過16片，不符「每月限處方十六片以內。」之規定。

案由：○○醫院申請保險對象○○○等19案103年2月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

- (一) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條第1項8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：八、其他醫療費用申報程序審查事項。」、「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(以下稱支付標準)診療項目「血液抹片檢查(15022C)」註：「不得與08009C、08013C同時申報。」。
- (三) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定(以下稱藥品給付規定)之1.1.1.2：「Flurbiprofen 40mg patch (如Flur Di Fen Patch)：限同時符合下列條件之病患使用：(1)單一關節(部位)或軟組織風濕症。(2)不適合口服非類固醇抗發炎製劑者。(3)不得同時併用口服或其他外用非類固醇發炎製劑。(4)每月限處方十六片以內。」。

二、 健保署審核意見

(一) 初核

1. ○○○案：C36(不可併同申報項目)。
2. 其餘個案：C34(申報次數超過)。

(二) 複核

1. ○○○案：執行(簽收)時間：15022C血液腫瘤科103年2月10日9：17，08013C急診內科103年2月10日10：44，與申復理由不符。
2. 其餘個案：依據全民健康保險藥品給付規定AC40358345 Flur Di Fen Patch富蒂芬貼片，每月限處方十六片以內(每月得以28天計)，故27天內申請之醫令數量不可超過16。

三、 查卷附資料，分述如下：

- (一) 本件係健保署審查申請人申報103年2月份診療項目「血液抹片檢查(15022C)」、「Flur Di Fen Patch (AC40358345)」發現有不符支付標準、藥品給付規定之情形，乃核減白血球分類計數(08013C)1次、FLUR DI FEN PATCH 40MG/12GM (AC40358345)」超過16片之費用。
- (二) 健保署提具意見陳明，略以：

1. ○○○案，不符支付標準規定15022C不得與08013C同時申報。
 2. 其餘個案，為解決病患就醫日期必須配合醫師看診日期之限制，針對Flur Di Fen Patch 40mg每月限處方16片以內之規定，健保署前已訂定醫令審查檢核邏輯，每月以28日計算；並以本次就醫日期往前計算27日內該藥品申報總量限16片，超出部分即予核減；前開檢核邏輯，健保署均隨費用核定文件轉知並輔導醫院應正確申報在案。
 3. 前開19案，申請人醫院未依規定申報，原核定並無不妥。
- (三) 查渠等19案，依所附資料顯示，確如健保署審核意見所載，不符前揭支付標準及藥品給付規定。
- 四、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：申報診治醫事人員，非腎臟專科醫師，亦未依期限上傳個案檢驗資料至末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫健保資訊網VPN系統，與規定不符。

案由：○○醫院申請保險對象○○○等4案103年7、9月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

- (一) 行為時全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫(以下簡稱照護與衛教計畫)參、一、(一)：「1. 醫師：應至少有一名專任腎臟專科醫師，其餘腎臟專科醫師如為兼任，須報准支援並經保險人同意，始可參與本計畫。」。
- (二) 照護與衛教計畫參、三、(四)：「院所應於次月20日前上傳個案基本資料及檢驗資料至末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫健保資訊網VPN系統，未依期限上傳者不予核發本計畫相關費用。」。
- (三) 照護與衛教計畫問答集一、1. 後段「未符合腎臟專科醫師、未經轄區分局同意者或未依規定報備支援，則該醫師執行之相關費用不予給付。」。

二、 健保署審核意見

- (一) 初核：「Pre-ESRD醫療費用申報追扣明細表-○○業務組」
 - 1. 執行日期：103年11月22日04:37:13。
 - 2. ○○○案，申報診治醫師(*****)非腎臟專科醫師，申報非本計畫診治醫師。
 - 3. 其餘個案，VPN未登錄檢驗資料。
- (二) 複核：
 - 1. ○○○案
 - (1) 健保署於每月11日及21日例行執行異常檢核供院所比對，並分享VPN平臺及○○業務組承辦窗口，供院所及時修正資料。
 - (2) 經查未如期向○○業務組提出修正需求。
 - 2. 其餘個案
 - (1) 依照護與衛教計畫之醫療費用申報及核付原則：院所應於次月20日前上傳個案基本資料及檢驗資料至末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫健保資訊網VPN系統，未依期限上傳者不予核發本計畫相關費用。
 - (2) 又健保署於每月11日及21日例行執行異常檢核供院所比對，並分享VPN平臺及○○業務組承辦窗口，供院所及時修正資料。
 - (3) 經查3案均未如期正確上傳【院所異動日期：○○○案為103年12月9日(誤植為19日)；○○○案為103年12月16日；○○○案為103年12月9日】。

三、 申請理由要旨

- (一) ○○○案，於103年7月31日至門診就醫，當天看診2科，病人為門診整合照護之個案，當天確實有看診腎臟科，由○○○醫師診治，並收案為Pre-ESRD，因為整合後造成非診治醫師。
- (二) ○○○案，103年9月2日就診，申報階段為P3402C，VPN資料因病人於他院收案無法登錄，後因他院結案補登VPN資料無誤。
- (三) ○○○案，103年9月5日就診；○○○案，103年9月8日就診，申報階段皆為P3403C，VPN資料維護時，因人為誤植，日期錯誤，已修正維護VPN完成。

四、 查卷附資料，分述如下：

- (一) 本件係健保署執行醫令檢核作業，發現申請人申報保險對象○○○、○○○、○○○、○○○4案103年7、9月份之「新收案管理照護費 (P3402C)」、「完整複診衛教及照護費 (P3403C)」，有與前揭規定不符之情形，乃核減○○○案系爭「新收案管理照護費 (P3402C)」、其餘3案「完整複診衛教及照護費 (P3403C)」各計1次，共計3,000點費用。
- (二) 健保署提具意見陳明，略以：
 1. ○○○案，該院稱因當天看診2科，病人為門診整合照護個案，並收案為Pre-ESRD照護，因整合後造成診治醫師不符，惟本案經提供異常檢核供醫院比對，該院亦未於核扣前(103年11月21日)向○○業務組提出修正需求。
 2. ○○醫院表示，該院VPN資料維護因人為誤植，日期錯誤，已修正補登無誤，惟經查○○○、○○○、○○○3案，醫院並未於核扣前(103年11月21日)補正，其VPN補正異動日期分別為103年12月9日、103年12月16日、103年12月9日，已逾補正期限，顯與規定不符。
- (三) 依卷附「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」、「全民健康保險醫療費用爭議審議案件明細」、pre-ESRD個案基本資料、個案檢驗資料、個案費用資料顯示，整理如下表：

姓名 (流水號)	費用年月 (系爭就醫日)	就醫科別 (醫師)	申請審 議內容	申請金 額總計	pre-ESRD 個案資料	
○○○ (109521)	103年7月 (103年7月31日)	心臟內科 (○○○)	P3403C	600	診治 醫師 代號	*****
		腎臟內科 (○○○)				

○○○ (904)	103年9月 (103年9月2日)	腎臟內科	P3402C	1,200	第1次 檢驗 資料 異動 日期	103年12月9日
○○○ (911)	103年9月 (103年9月5日)	腎臟內科	P3403C	600	第1次 檢驗 資料 異動 日期	103年12月16日
○○○ (917)	103年9月 (103年9月8日)	腎臟內科	P3403C	600	第4次 檢驗 資料 異動 日期	103年12月9日

(四) 承上表所示，渠等4案，不符前揭規定，理由分述如下：

1. ○○○案，依病歷紀錄，病人於系爭就醫日103年7月31日上午，雖分別由腎臟科○○○醫師及心臟內科○○○醫師診治，惟申請人向健保署申報之診治醫事人員為○○○(代號*****），該員非腎臟專科醫師。
2. 其餘3案之檢驗資料異動日期分別為103年12月9日、103年12月16日、103年12月9日，均落於前開健保署檢核執行時間103年11月22日04:37:13之後。

五、 綜上，健保署依前揭規定不予支付103年7、9月份系爭項目之費用，自屬有據，原核定並無不合，應予維持。

摘要：申報X光骨骼密度測定(33064B)，惟與前次施行骨質密度測量檢查，間隔時間未滿一年，核與規定不符。

案由：○○醫院申請保險對象○○○等4案102年3月份、103年3、5月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

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)診療項目「X光骨骼密度測定(33064B)」註：「1. 適應症如下：(1)內分泌失調可能加速骨質流失者(限副甲狀腺機能過高須接受治療者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫興氏症候群者)。(2)非創傷性之骨折者。(3)五十歲以上婦女或停經後婦女接受骨質疏鬆症追蹤治療者。(4)攝護腺癌病患在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度測驗檢查。2. 前述保險對象因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次為限。3. 篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。」。

二、 健保署審核意見

(一) 初核：「X光骨骼密度測定」申報不符支付標準規定。

(二) 複核：因支付標準明文規定「再次施行本項檢查之間隔時間應為1年以上」，爰不予補付。

三、 查卷附資料，本件係健保署執行「X光骨骼密度測定審查」爭議案，經檔案分析發現，申請人申報保險對象○○○等4案102年3月份、103年3、5月份之X光骨骼密度測定(33064B)，有與前次施行骨質密度測量檢查，間隔時間未滿一年之情形，不符前揭支付標準規定，乃核減102年3月份、103年3、5月份X光骨骼密度測定(33064B)費用共計2,400點。

四、 經查系爭X光骨骼密度測定檢查，距前次施行尚未滿1年，為申請人所自承，惟申請人另主張：「……距離上次雖未滿1年，但……至今未再安排X光骨密度測定，且超過1年」云云，業經健保署提具意見，分述如下，所稱尚難執為本案之論據：

(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定，保險對象因病情需要，再次施行「X光骨密度測定(33064B) 檢查」時，間隔時間應為1年以上，且是項檢查以3次為限。經查該院執行本項處置間隔時間小於1年，不符規定。

(二) 渠等4案，系爭檢查間隔時間如下：

1. ○○○：本次施行檢查102年3月7日，前次施行檢查101年9月8日。
2. ○○○：本次施行檢查103年3月5日，前次施行檢查102年7月24日。
3. ○○○：本次施行檢查103年3月8日，前次施行檢查102年3月23日。

4. ○○○：本次施行檢查103年5月26日，前次施行檢查102年6月20日。

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。

摘要：申報使用「REVLIMID CAPSULES 25MG (B025214100)」數量，超過健保署事前審查同意備查數量，不予給付。

案由：○○醫院申請保險對象○○○103年12月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

(一) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下簡稱申報與核付及醫療服務審查辦法)第25條第3項

「應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。」

(二) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定(以下簡稱藥品給付規定)之9.43.Lenalidomide (如Revlimid)：(101/12/1)

「2.須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以4個療程為限，每4個療程須再次申請。」

二、 健保署審核意見

(一) 初核：D24(事前審查項目於核定日前實施惟不屬緊急事件)。

(二) 複核：因102年12月31日核定通過84顆，於103年1月10日至103年12月22日共計使用168顆，已超過核定量，故核扣84顆。

三、 申請理由要旨

(一) 病人診斷為多發性骨髓瘤個案，自101年12月即開始申請事審Revlimid健保碼B025214100，因醫院電子醫令系統計算餘藥量發生錯誤，致使超出84顆，於104年1月及2月先後提出事審。

(二) 醫院電子醫令系統對於需事前審查核可之藥物，均會自動計算餘藥量，一旦申請藥量用盡，本應自動鎖住防止用量超出申請量，本患者因醫院系統計算發生錯誤，致使104年1月已用完8個療程的藥時，誤以為剛用完4個療程的藥，故雖然本患者104年1月才獲准第2次申請(即第5-8療程)，事實上已無剩藥可用，而1月申請量即為補103年超額量，故2月再次提出第3次申請，此2次事審皆經健保署審核同意備查，懇請委員能惠予補付。

四、 查卷附資料，分述如下：

(一) 本件係健保署執行檔案分析，發現申請人醫院申報保險對象○○○案之系爭項目「REVLIMID CAPSULES 25MG (B025214100)」，須經事前審查核准後始可使用，惟申報量有部分未經健保署事前審查同意之情形，與規定不符，乃核扣未經事前審查同意之系爭REVLIMID CAPSULES 25MG (B025214100)藥品計84顆，741,804點費用。

- (二) 依卷附「全民健康保險高科技診療項目(特殊診療項目、藥品及特材)事前審查核定函」顯示，系爭藥品於102年12月31日經健保署事前審查核定同意備查之數量為84顆，惟查申請人醫院103年1月份至103年12月份卻申報使用共168顆，系爭「REVLIMID CAPSULES 25MG (B025214100)」有84顆，未經健保署事前審查核准後使用，有卷附「藥品事前審查核減及醫療費用申報對照表-○○業務組」可稽，即與首揭規定不符。
- (三) 至申請人所稱「雖然本患者104年1月才獲准第2次申請(即第5-8療程)，事實上已無剩藥可用，而1月申請量即為補103年超額量，故2月再次提出第3次申請，此2次事審皆經健保署審核同意備查」乙節，經健保署提具意見陳明，略以：「依據申報與核付及醫療服務審查辦法第25條第3項規定，應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。本案使用時已超過事前審查核定之數量，超出部分不給付費用並無不當。」。
- 五、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：申報Alimta之「藥品用量」，未依健保收載品項最經濟組合之藥品包裝規格申報，且醫令「總量」未以「小數點瓶」為申報單位，與規定不符。

案由：○○醫院申請保險對象○○○等58案103年5、6、7、8、9、10月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

- (一) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定(以下稱藥品給付規定)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) 行為時「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」(以下稱申報格式及填表說明)之欄位p5、p10、p12，要旨如下：
- 「藥品用量」：填寫全民健康保險藥品使用標準碼。若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。請填藥品一次之劑量。小數點需填寫，4位整數，2位小數。
- 「總量」：小數點需填寫，取至小數點下一位，第二位四捨五入。
- 「點數」：總量乘單價，並加成計算至整數(點)為止。
- (三) 「全民健康保險藥品使用標準碼」二、編碼之原則，略以「1. 藥品用量：以全民健康保險藥品之核價單位【每錠、每支、每瓶、每包或每公克(毫克)、每毫升】為用量單位。填藥品一次之劑量」。

二、 健保署審核意見要旨

(一) 初核：

1. 高價注射劑程序審查之追扣。
2. 每人次以同藥品之2種包裝劑量最經濟組合支付，並依使用日期歸戶後同1日允許1人以小劑量包裝支付餘藥，超量申報，應核扣費用共計548,429點(Alimta 439,570點、Actemra 89,017點、Mabthera 19,842點)。

(二) 複核：

1. 10305-10310 Alimta、Actemra、Mabthera高價注射劑程序審查，補付108,859點。
2. 該項藥品有500mg及100mg，為撙節資源且在藥品經濟應以500mg為主，不應全部以高價低劑申報。

三、 申請理由要旨

- (一) Alimta此藥屬藥局須進一步由專責藥師依醫囑劑量在無菌製劑調配室做調配用藥，本院配合健保署99年審查意見要求，須以符合實際用量調配，故於99年11

月起藥品由500mg改為100mg規格。

- (二) 基於病人用藥庫存安全、醫師開立處方、藥師調配劑量錯誤之風險管理，尤其是「同成分、不同含量」規格之化療用藥屬於高危險藥品，以藥品總品項數管控來避免臨床用藥錯誤風險因子，本院政策僅保留(100mg)一種含量規格，來提高病人用藥安全。故本院目前無備存500mg規格之化療用藥規格可供申報，本案實應依據本院用藥核給用藥給付。

四、查卷附資料，分述如下：

- (一) 本件係健保署執行「高價注射劑程序審查」爭議案，該署發現申請人醫院申報保險對象○○○等58案之高價注射藥品Alimta，有同藥品不同劑量包裝，但未依健保收載品項最經濟組合之藥品包裝規格申報，均申報小包裝劑型(100mg)，且醫令「總量」未以「小數點瓶」為申報單位，不符前揭規定，乃核減渠等58案103年5至10月份，申報之藥品費用，計439,570點。
- (二) 健保署提具意見書陳明，略以：
1. 申請人使用單價高藥品，未以撙節資源精神(同藥品之2種包裝劑量最經濟組合使用)，均使用100mg劑型，依前開規定，健保署以最經濟組合500mg(支付單價34,680點)及100mg(支付單價7,706點)併計，並依使用日期歸戶後，同一天允許1人有小劑量包裝支付餘藥。【核定計算原則：總劑量小於500mg以(總劑量/500)*34,680點；≥500mg至<1000mg以34,680點+(總劑量-500)/100*7,706點。】經組合計算後共核減58件、核減點數439,570點。
 2. 另依申報格式及填表說明(三)醫令清單段規定：
 - (1)「藥品用量」：依全民健康保險藥品使用標準碼輸入藥品一次之劑量，小數點需填寫2位小數，如9999.99。
 - (2)「總量」：應依實際使用量申報，取至小數點下一位，第二位四捨五入。
 - (3)「點數」：總量乘單價。
 3. 查申請人醫院如申報「藥品用量」813mg，「總量」申報9瓶(100mg/瓶)，「點數」申報69,354點(7,706/瓶*9瓶)，依前揭規定，按病人實際使用量，申請人應申報「總量」為8.1瓶(813 mg /100 mg)，「點數」應申報為62,419點(7,706*8.1瓶)，有溢報6,935點(69,354—62,419元)情形。
- (三) 以保險對象○○○(流水號2293)為例，茲就卷附「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」(以下稱醫令清單)、「○○○醫院電子病歷」(以下稱電子病歷)及「健保用藥品項查詢」整理如下表：

資料類別	就醫日期	藥品名稱：Alimta		藥品用量	總量	單價	申報點數	價格起訖
		規格	醫令代碼					
醫令清單	103 年 5 月 5 日	100mg	B024874255	813	9.00	7,706	69,354	-
電子病歷		100mg	-	813mg	9 vial	-	-	-
健保用藥品項查詢	-	100mg	B024874255	-	-	7,706	-	103.05.01 - 104.01.31
	-	500mg	B024084277	-	-	34,680	-	103.05.01 - 104.01.31

- (四) 承上表所示，Alimta藥品包裝有100 mg及500 mg 2種規格，依前揭藥品給付規定，保險處方用藥……應依病情治療所需劑量，處方合理……規格藥品，應將「藥品用量」813mg，其中500mg部分，以合理之規格(500mg)作為處方並申報，不足500mg(813mg-500mg=313mg)部分，以合理之規格(100mg)作為處方，並依申報格式及填表說明，以「小數點瓶」為申報單位，即應申報如下表：

醫令清單				
藥品名稱規格	醫令代碼	藥品用量	總量	單價
Alimta500mg	B024084277	500	1.00	34,680
Alimta100mg	B024874255	313	3.13	7,706

- (五) 查卷附醫令清單、電子病歷、「○○醫院103/05-103/10門診Alimta注射劑程序審查異常核減明細表」等資料顯示，申請人申報渠等58案103年5至10月份Alimta之「藥品用量」(460~970mg)與電子病歷記載之「用量」(460~970mg)相符，惟均以100 mg之規格處方及申報，未將「藥品用量」超過500 mg部分，以500 mg之規格處方及申報，且不足500mg部分，醫令「總量」未以「小數點瓶」為申報單位，申請人有未撙節資源以藥品最經濟組合申報藥費暨溢報藥費情事，且與前揭規定不符，從而健保署不予支付系爭費用，自屬有據。

五、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

摘要：藥師出國期間卻申報藥費及藥事服務費用，不予給付。

案由：○○藥局申請行政核減103年5-6月份藥師出國期間申報藥費及藥事服務費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

- (一) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱醫療服務審查辦法)第18條第1項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) 同辦法第5條第2項：「對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，不得回推，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。」。

二、 健保署審核意見

(一) 初核：

衛生福利部中央健康保險署104年6月29日健保○字第0000000000號函要旨

1. 申請人藥局103年度有醫事人員出國期間申報健保醫療費用情形，健保署不予支付該項費用，並請立即改善及依規定正確申報醫療費用。
2. 健保署○○業務組檔案分析西醫基層103年申報資料，查申請人藥局有藥事人員出國期間申報醫療費用情形，依醫療服務審查辦法第18條進程序審查，不符合第4款，不予支付該項費用，經排除出入境當日，追扣計205,069點。

(二) 複核：

依醫療服務審查辦法第18條第1項第4款及第2項分別明文規定，保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，如經審查發現，申報資料有填載不完整及不正確等情事時，應不予支付該項費用。

- 三、 申請人雖主張：「本藥局開業約10年，從無不良記錄，每月抽審也僅一兩件而已，此次因第1次出國暫請代班藥師，純然是不熟悉電腦系統操作，導致申報錯誤，但所有藥劑費、藥師調劑費等均未溢領，若因偶發之行政疏失，導致出國期間所有案件全遭刪除，實在有失比例原則。是否以每日24小時內上傳的IC卡回傳就醫紀錄為依據，誤報○藥師的部分，予以核刪，正確申報○藥師的部分，給予給

付」云云，惟依卷附資料，所稱尚難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 本件係健保署執行「103年度醫事人員出國又申報費用審查」爭議案，經檔案分析排除出入境當日，發現申請人藥局有藥事人員○○○藥師出國期間申報藥費及藥事服務費用情形，與規定不符，核減藥費與藥事服務費合計205,069點。
- (二) 健保署提具意見陳明，略以：
1. 103年度醫事人員出國又申報費用逕行扣減案，查本件○○○藥師(代號：*****)出國期間(出境日期103年5月26日，入境日期103年6月21日)追扣醫療費用合計共205,069點(已排除出、入境當天)。
 2. 申復理由：該藥局表示○○○藥師出國時由○○○藥師執行業務，處方申報時藥師代號及IC卡上傳資料，皆因不熟悉電腦系統操作而導致錯誤。
 3. 查該藥局即申請人辦理健保業務與健保署簽定健保合約，依本合約第1條第1項規定，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、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。
 4. 依據醫療服務審查辦法第5條，略以「對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用」。
 5. 醫療服務審查辦法第18條第4款規定：保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依申報資料填載之完整性及正確性進行程序審查。經查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。
 6. 健保署依上開相關規定追扣費用，並依據醫療服務審查第18條第1項第4款申報資料填載之完整性及正確性，核定申復補付為0。

(三) 依卷附資料，系爭項目調劑日、申報藥師出國期間及核扣點數，整理如下表：

核扣項目	系爭調劑日	申報藥師		總額別	健保署核扣點數
		出入境期間	身分證(姓名)		
系爭藥費、藥事服務費	103年5月27日至103年6月20日	103年5月26日至103年6月21日	***** (○○○)	西醫	188,625
				醫院	5,685
				牙醫	10,759
-	-	-	-	合計	205,069

(四) 承上表所示，系爭藥費、藥事服務費，申報藥師均為○○○，惟系爭調劑日103年5月27日至103年6月20日，恰為該○○○藥師出境期間(103年5月26日至103年6月21日)，則健保署不予支付系爭藥費與藥事服務費，核屬有據。

四、 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。

摘要：藥局申報之藥品，與診所交付之所載之藥品成分不同，不符規定。

案由：○○藥局申請保險對象○○○103年9月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

事實及理由

一、 相關規定

- (一) 全民健康保險醫療辦法(以下稱醫療辦法)第25條：「醫師處方之藥物如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑型、同含量其他廠牌藥品或同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。」。
- (二) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱醫療服務審查辦法)第 18 條第1項第3、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：三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。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、 健保署審核意見

- (一) 初核：「藥局與院所勾稽」錯誤代碼9(與院所申報不同醫令，不同成分)。
- (二) 複核：與處方箋AA57237100，不同成分。

三、 申請人雖主張：「健保碼誤key，附處方箋影本，應為AA57237100」云云，惟依卷附資料，所稱尚難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 本件係健保署審查發現，申請人藥局申報保險對象○○○103年9月份之藥品「LOSARTAN F.C. TABLETS 50MG "CYH"(AA57103100)」，與○○診所交付之「全民健康保險門診交付調劑處方箋」(以下簡稱交付調劑處方箋)及「全民健康保險門診慢性病連續處方箋」(以下簡稱慢連箋)所載之藥品「LOSA&HYDRO F.C. TABLETS 50/12.5MG "CYH" (AA57237100)」成分不同，不符前開醫療辦法第25條之規定，乃核減系爭「LOSARTAN F.C. TABLETS 50MG "CYH"(AA57103100)」藥品30顆，計360點。
- (二) 健保署提具意見陳明，略以：
 - 1. 查藥品代碼AA57103100與AA57237100，醫令不同、成分不同，且代碼有差異，倘○○藥局進貨只有AA57237100一項，應可提出相關證明說明，若該藥局二種藥都有進貨，亦可提出不同時間進貨證明說明，或就健保署核減理由“成分不同”提出進一步的申復理由，非勾稽核減後，看到原診所之代碼不同，才以誤Key理由申復，實屬牽強。

2. 本案○○藥局申報藥品代碼AA57103100，確與原診所(○○診所)處方箋之AA57237100不同，已經健保署勾稽異常，該藥局僅檢附原診所(○○診所)處方箋，即以誤Key理由申復，無法證明其確使用AA57237100代碼之藥品，實難認定係藥品代碼誤key。

(三) 茲就○○診所交付調劑處方箋、慢連箋及申請人申報之健保用藥品項資料整理如下表：

醫事服務機構	資料類別	藥品名稱 (醫令代碼)	成分	劑型	成分含量
○○診所 (註：處方箋並未註明不可替代)	交付調劑處方箋	LOSA&HYDRO F.C. TABLETS 50/12.5MG "CYH" (AA57237100)	LOSARTAN POTASSIUM	膜衣錠	50mg
	慢連箋		HYDROCHLORO THIAZIDE		12.5mg
申請人藥局	申報項目	LOSARTAN F.C. TABLETS 50MG "CYH" (AA57103100)	LOSARTAN POTASSIUM	膜衣錠	50mg

(四) 承上表所示，本案申請人藥局申報之系爭藥品(醫令代碼AA57103100)，與○○診所開立的交付調劑處方箋、慢連箋之藥品(醫令代碼AA57237100)，其中成分LOSARTAN POTASSIUM之含量雖相同，惟無另一HYDROCHLOROTHIAZIDE之成分，則健保署依前揭規定，不予支付系爭藥品費用，並無不當。

四、 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。

摘要:居家照護日期，不在核准收案期間內，不予給付。

案由：○○居家護理所申請保險對象○○○等4案103年2、4、5、6月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議駁回。

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五部第一章通則六：「每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。」。

二、 健保署審核意見

(一) 初核：103Q1、103Q2就醫起訖或執行時間不在收案或延長期限內。

(二) 複核：

1. ○○○案：經查報備登錄為收案日：102年2月4日、核定迄日：103年2月3日，並未展延，該個案就醫日103年2月6日，故不同意給付(檢附報備登錄資料)。
2. ○○○案1人3案：經查申請收案照護期限為102年11月15日至103年3月14日，該院遲至7月17日再申請收案至103年11月16日，故103年4月(A6-44)、103年5月(A6-28)、103年6月(A6-33)均不予給付(檢附報備登錄畫面)。

三、 申請理由要旨

- (一) ○○○案，依VPN上傳規定，每月造冊送健保署備查，檢附上傳健保署申請書及每月造冊名單佐證，官方單位申請書上已有『同意備查』及2月10日死亡結案，即表示官方單位知曉個案往生之事實。
- (二) ○○○1人3案，個案為急性呼吸衰竭，因於3月份延長時住院超過2個月，故予結案，4月份個案出院，故續服務，因疏忽未key VPN，依延長進度於7月份發現，故重申請新收案，期間持續服務。
- (三) 申請費用單位窗口並無任何警示標語提醒，現另一申報窗口勾稽資料有出入，對於實際作業的護理人員，無正確操作SOP，只能接受VPN窗口口頭指示，且當負責窗口換人，操作方式又得更動，建議是否能建立制式操作規範以利遵循。

四、 查卷附資料，分述如下：

- (一) 本件係健保署審查申請人申報保險對象○○○、○○○1人3案共4案103年2、4、5、6月份居家照護醫療費用，發現○○○案申請人並未再次提出申請延長照護；○○○1人3案，雖於原照護期限截止日30日後以新收個案申請收案，惟系

爭居家照護訪視日期，均於新收案日期之前，申請延長照護、新收個案程序未完成核備，致系爭居家照護醫療費用，未於健保署核定同意居家照護期間，乃核減103年2、4、5、6月份居家照護醫療費用共計6,849點。

(二) 本件○○○、○○○1人3案共4案之爭議審議，申請情形如下：

保險對象	流水號	費用年月 (系爭就醫日)	申請審議內容	申請金額總計
○○○	3	103年2月 (103年2月6日)	護理訪視費(次)(05303C)	1,358點
			Silicon Levin Tube W/Taper Funnel 8:22FR (CFD022207NWN)	
			SILICONE 2WAY FOLEY CATHE 3:50ML (CKF03S2100WN)	
○○○	44	103年4月 (103年4月24日)	護理訪視費(次)(05303C)	1,068點
			SILICONE 2WAY FOLEY CATHE 3:50ML (CKF03S2100WN)	
○○○	28	103年5月 (103年5月15日)	護理訪視費(次)(05303C)	2,393點
			醫師訪視費(次)(05307C)	
			Silicon Levin Tube W/Taper Funnel 8:22FR (CFD022207NWN)	
			SILICONE 2WAY FOLEY CATHE 3:50ML (CKF03S2100WN)	
○○○	33	103年6月 (103年6月12日至 103年6月26日)	護理訪視費(次)(05303C)	2,030點
			Silicon Levin Tube W/Taper Funnel 8:22FR (CFD022207NWN)	
			護理訪視費(次)(05303C)	

(三) 本件經健保署提具意見陳明，略以：

1. ○○○居家護理所表示，該所依VPN上傳規定每月造冊備查並檢附上傳申請書，惟經查○○○案於核定迄日(103年2月3日)後，並無申請延長照護之登錄資料，且經連繫該所亦未能提供相關資料佐證，故系爭就醫日103年2月6日非同意備查之收案期間，與規定不符。
2. 另○○○等3案因該所疏忽未登錄VPN，致遲至7月份發現始重新申請新收個案，爰此系爭費用年月103年4月至6月，屬非同意備查之收案期間，亦與規定不符。

(四) 依前揭規定，每一個案收案期限以四個月為限，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。本件系爭4案，不符前揭規定，理由分述如下：

1. ○○○案，系爭居家照護訪視日期為103年2月6日，其延長照護期限截止日為103年2月3日，申請人並未再次申請延長照護。
2. ○○○1人3案，系爭居家照護訪視日期分別為103年4月24日、103年5月15日及103年6月12日至6月26日，其照護期限截止日為103年3月14日，前開系爭護理訪視日期，均於上開照護期限截止日之後。

- 五、 綜上，申請人申請系爭103年2、4、5、6月份居家照護醫療費用共計6,849點，即與首揭規定不符，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。
- 六、 至○○○1人3案申請理由主張：「因於3月份延長時住院超過2個月，故予結案，4月份個案出院，故續服務，因疏忽未key VPN，依延長進度於7月份發現，故重申請新收案」一節，經查申請人雖於103年7月30日（原照護期限截止日30日後），以新收個案申請收案，健保署核定同意照護期間為「103年7月17日至103年11月16日」，惟系爭居家照護訪視日期103年4月24日、103年5月15日及103年6月12日至6月26日，並非前開健保署核定同意居家照護期間，有「居家照護受理資料」可稽，且為申請人所不予否認，所稱尚難執為本案之論據，併予敘明。

柒、程序案例

摘要：僅有大樓管理委員會收件章戳，並未見相關郵件之接收人員或大樓管理員之簽名，則保險人核定文件是否已合法送達？有查明之必要。

案號：1033405074

案由：○○醫院申請行政核減保險對象○○等 3 案 102 年 12 月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。

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(以下簡稱醫療服務審查辦法)第32條第1項：「保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。」。
- (二) 行政程序法第48條：「期間以時計算者，即時起算。期間以日、星期、月或年計算者，其始日不計算在內。但法律規定即日起算者，不在此限。期間不以星期、月或年之始日起算者，以最後之星期、月或年與起算日相當日之前一日為期間之末日。但以月或年定期間，而於最後之月無相當日者，以其月之末日為期間之末日。期間之末日為星期日、國定假日或其他休息日者，以該日之次日為期間之末日；期間之末日為星期六者，以其次星期一上午為期間末日。期間涉及人民之處罰或其他不利行政處分者，其始日不計時刻以一日論；其末日為星期日、國定假日或其他休息日者，照計。但依第二項、第四項規定計算，對人民有利者，不在此限。」。
- (三) 行政程序法第73條第1項：「於應送達處所不獲會晤應受送達人時，得將文書付與有辨別事理能力之同居人、受雇人或應送達處所之接收郵件人員。」。

二、 健保署審核意見要旨

- (一) 初核：103年3月18日健保○字第0000000000號函
申請人診所申報102年12月門診送核，經依相關規定核定，對前開核定結果如有異議，請於核定通知到達之日起60日內，向健保署分區業務組申請複審，並以一次為限，逾期視同自願放棄。
- (二) 複核：103年6月6日健保○字第0000000000號函
申請人診所申請複審102年12月門診醫療費用，經查健保署於103年3月18日寄發旨揭案件核定函，惟申復案件於103年6月3日(健保署收件日)始送達，已逾申復期限，不予受理。

三、 申請理由要旨

- (一) 健保署103年3月18日來文核減，本人於103年5月18日申復，依法仍於60日(工作日)內，概健保署所有公文之日數皆為工作日，此60日亦應為工作日，不應不給

予受理。

- (二) 健保署公文內的「幾日內」歷來指的皆是「工作日」，故健保署「健保○字第0000000000號函」主旨所述的60日內，以發文日103年3月18日算起，扣除周休二日及國定假日，在103年6月13日前應皆屬60日內。
- (三) 本診所針對此「健保○字第0000000000號函」申請複審，於103年5月30日寄出相關資料。
- (四) 指標38、39、40稽核程式錯誤將連續處方第一次皆認為給藥90日，無視於當次處方是30日或28日，亦無視於後續是否申報IC02或IC03，造成大量核刪。

四、 健保署提具意見要旨

- (一) 依據醫療服務審查辦法第32條規定，保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。
- (二) 前揭規定應含例假日，惟該診所主張前揭規定為「工作日」，爭議理由載明申復案件於103年5月30日寄出，健保署○○業務組於103年6月3日收件，已逾申復期限。

五、 審定理由

- (一) 依卷附資料，本件係健保署受理申請人診所申報保險對象○○等3案之102年12月醫療費用，經審查核定不予支付渠等費用各計180點、249點及6152點，並以103年3月18日健保○字第0000000000號函通知申請人，申請人不服遂於103年5月30日提起申復，該署複核認為本件申復於103年6月3日收件，已逾申復期限，不予受理，申請人雖主張「60日亦應為工作日，扣除周休二日及國定假日，在103年6月13日前應皆屬60日內」，惟關於期間之計算，並無扣除例假日之規定，自不得於期間進行中將例假日扣除，有法務部90年9月25日(90)法律字第033821號函可資參照。
- (二) 本件爭點在於系爭健保署103年3月18日健保○字第0000000000號函，何時送達申請人？此攸關通知到達日起60日內申復期間之計算，有待釐清，分述如下：
 - 1. 行政程序法第73條第1項明定，於應送達處所不獲會晤應受送達人時，得將文書付與有辨別事理能力之同居人、受雇人或應送達處所之接收郵件人員。
 - 2. 查申請人診所之郵寄地址位於花旗大樓社區(信義區)，而本件健保署103年3月18日健保○字第0000000000號函之核定通知，若如健保署意見書所載，於103年3月18日交寄申請人診所，103年3月19日妥投，並於103年6月3日收到申請人於103年5月30日寄出之申復案件，則依前揭醫療服務審查辦法第32條第1項規定，前開核定通知函自103年3月19日送達，申請人即應自通知到達日起60日內，即103年5月19日向健保署提起申復，惟申請人卻遲至103年5月30日始寄送申復案件，已逾前揭規定之申復期限。
 - 3. 惟依本件健保署提供之「掛號郵件簽收(收據)清單」顯示，僅有103年3月19日花旗大樓管理委員會收件章戳，並未見相關郵件之接收人員或大樓管理員之簽名，參照最高行政法院87年度判字第872裁決意旨「應送達大廈內住戶之訴訟文件，倘僅經大廈內管理員於送達證書上蓋大廈管理委員會圓戳代收，並未一併由該管理員以受僱人身分簽名或蓋其私章者，尚難認已交付受僱人，由其

合法收受。」，則本件健保署103年3月18日健保○字第0000000000號函是否已合法送達?有查明之必要。

(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。

摘要:核計申請審議期間之末日為星期六者，以其次星期一為期間末日。

案號：1053403837

案由：○○醫院申請保險對象○○等21案104年8月份住院診療費用給付事件。

主文：申請審議不受理。

理由：

本件申請書有關健保署複核核定文件欄記載：健保署105年3月23日健保高字第1056201762號，申請人於105年3月29日收到等語，核計其申請審議期間，自105年3月30日起算，應於105年5月28日屆滿60日，惟該日為星期六，參照行政程序法第48條第4項後段規定，期間之末日應計至105年5月30日屆滿，惟申請人遲至105年5月31日始以掛號函件郵寄申請，有黏貼於郵寄申請書信封之原寄郵政機關之郵戳可稽，則本件審議申請，已逾60日申請期限，應不受理。

摘要：申請人交由民間快遞公司寄送爭議審議申請書，申請期限之核計以本部收受申請書之日期為準。

案號：1043409429

案由：○○醫院申請保險對象○○○案104年1月份門診診療費用給付事件。

主文：申請審議不受理。

理由：

- 一、按行政程序法第49條所規定之「掛號郵寄」、「郵戳」，係指寄送人交由依郵政法設立之中華郵政股份有限公司遞送的掛號郵件暨蓋於交郵當日該掛號郵件上之中華郵政股份有限公司郵戳日期。有臺中高等行政法院97年度簡字第105號判決及最高行政法院97年度裁字第5018號裁定意旨可資參照。故本件申請人如交由民間快遞公司寄送申請書，應以本部收受之日期為準，先予敘明。
- 二、本件申請書有關健保署複核核定文件欄記載：健保署104年9月15日健保中字第0000000000號，申請人於104年9月22日收到等語，核計其申請審議期間，自104年9月23日起算，應於104年11月21日屆滿60日，惟該日為星期六，參照行政程序法第48條第4項前段規定，期間之末日應計至104年11月23日屆滿，惟申請人之爭議審議申請書於104年11月30日始交寄民間快遞公司（○○物流股份有限公司）寄送，有○○物流代收點專用託運單查貨號碼網路查詢頁面列印附卷可稽，並於104年12月1日到達本部，有本部蓋於該申請書上之收文日戳可按，則本件審議申請，已逾60日申請期限，應不予受理。

程序案例 4

摘要:保險人初核並未核刪系爭項目，申請人卻向保險人提起申復，保險人原應不予受理，詎以專業審查不予支付，其理由固有未洽，惟仍不影響應不予受理之結果，爰原核定仍予維持。

費用年月： 104/08 類別： 門診 案號： 1053402479 流水號： 008070

科別： 復健科 性別： 女性 年齡： 90 歲

診斷： 其他特定之偏癱，未明示影響部位、骨質疏鬆症、惡性本態性高血壓

爭議標的 (醫令代碼)	爭議 申請 量	審 議 結 果			理 由
		撤 銷	不 受 理	駁 回	
中度治療-複雜 〈42010A〉	4		4		經查所附「衛生福利部健康保險署特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」，健保署並未核刪左列項目，申請人復向健保署提起申復，健保署原應不予受理，詎以專業審查不予支付，其理由固有未洽，惟仍不影響本案應不予受理之結果，爰健保署原核定仍予維持。

程序案例 5

摘要: 申復階段保險人已同意補付, 申請人申請審議, 即有未合, 應不予受理。

費用年月: 104/09 類別: 門診 案號: 1053401914 流水號: 003191

科別: 內分泌科 性別: 男性 年齡: 73 歲

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

爭議標的 (醫令代碼)	爭議申請量	審議結果			理由
		撤銷	不予受理	駁回	
NARCARICIN CAPSULES (BENZBROMARON E)(鋁箔/膠箔) (AC151951G0)	28		28		查所附改制前「行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」顯示, 申復時健保署已同意補付, 申請人申請審議, 即有未合, 應不予受理。

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

全民健康保險爭議審議案例彙編. 九, 醫療篇 /
衛生福利部全民健康保險爭議審議會編著. --
臺北市 : 衛福部, 民 105.12
面 ; 公分
ISBN 978-986-05-1322-6(平裝)

1. 全民健康保險 2. 保險法規

412.56

105023839

書 名：全民健康保險爭議審議案例彙編（九）-醫療篇

編著者：衛生福利部全民健康保險爭議審議會

發行人：林奏延

總編輯：張玉霞

編 輯：陳茱麗、楊樹梅、梁玉梅、劉淑清、黃麗貞、
溫佳英、蔣元申、吳虹芳、陳慧嬌、郭盈珮、
謝瓊香、葉若涵、陳昭蓉、劉怡君、周 穎、
張芸嘉、陳盈如

出版機關：衛生福利部

地 址：11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電 話：(02)85907222

網 址：<http://www.mohw.gov.tw>

印刷者：柏采實業有限公司

地 址：新北市深坑區北深路 3 段 111 號

電 話：(02)26626535

出版年月：中華民國 105 年 12 月

工本費：新台幣 100 元

GPN:1010502908

ISBN: 978-986-05-1322-6