

## 案例六

### 案情摘要

將屬當次住院範圍之相關費用移轉至急診申報，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403504 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則二： 「各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合『全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範』規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「門急診費用未併於住診闌尾炎 Tw-DRG 申報專案審查」爭議案，渠等個案，健保署初、複核意見均略為「0599G，經專審結果認為門急診費用未合併在 Tw-DRG 案件申報，則 Tw-DRG 案件整案刪除」，依病歷紀錄，以保險對象○○○○案為例，系爭項目為「單純性腹腔鏡闌尾切除術，無合併症或併發症(Tw-DRGs 碼：16701)」、「腹腔鏡闌尾切除術(74004B)」，病人於 107 年 10 月 26 日因 RLQ pain 至申請人醫院急診就醫，依當日 CT 檢查報告記載：「In conclusion：acute appendicitis」，復於翌日 10 月 27 日入住申請人醫院，

		<p>入院診斷亦為「Acute appendicitis」，有將屬當次住院範圍之相關費用移轉至急診申報之情事，不符前揭規定，同意健保署意見；其餘個案，依病歷紀錄，病人入院診斷均為 Acute appendicitis，依病情記載，同意健保署意見，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--