

案情摘要

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

衛部爭字第 1123404536 號

審定							
主文	申請審議駁回。						
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。						
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。						
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】						
審定理由	<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第四部中醫</p> <p>第四章針灸治療處置費(節錄)</p> <table border="1"><thead><tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr></thead><tbody><tr><td>D08</td><td>高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上</td><td>427</td></tr></tbody></table> <p>第六章 針灸合併傷科治療處置費通則</p> <p>「二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。</p> <p>六、同一療程案件，以療程第一次(起始次)申報之針灸合併傷科複雜度為主，療程第二次至第六次(後續治療)僅執行針灸或傷科單一治療處置者，應以本部第四章及第五章同一複雜度(或一般)之針灸或傷科規範申報。」</p> <p>(二) 衛生福利部中央健康保險署 112 年 5 月 15 日健保醫字第 1120661186 號函要旨</p> <ol style="list-style-type: none">1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫…業經衛生福利部公告自 112 年 3 月 1 日起實施，為利中醫院所申報新增「中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯」並置於該署全球資訊網。2. 「中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯」(以下簡稱問答輯)	編號	診療項目	支付點數	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上	427
編號	診療項目	支付點數					
D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上	427					

「項次 3：說明一、現行中醫支付標準第四章針灸治療，同一療程之後續治療係依起始次之針灸複雜度申報，惟後續治療如有跨章節執行傷科或針傷合併治療需要，涉及針灸部分仍依起始次之複雜度申報…」

二、查卷附資料，本件係健保署執行「中醫申報針灸療程第 2-6 次與第 1 次複雜度不符專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：

(一) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸—未開內服藥 (D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第 2-6 次複雜度與第 1 次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第 2-6 次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」及健保署提供「○○○申報針灸療程」資料顯示，就醫日期：112 年 2 月 20 日，就醫序號：0017，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計 1 次(執行時間為 112 年 2 月 20 日)，申報「一般針灸—另開內服藥(D01)」項目計 1 次(執行時間為 112 年 3 月 3 日)，申報系爭「高度複雜性針灸—未開內服藥(D08)」項目計 2 次(執行時間為 112 年 3 月 1 日、6 日)，顯示同一療程之申報針灸項目第 2、4 次(D08)與第 1 次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Other incomplete lesion at unspecified level of cervical spinal cord, subsequent encounter」等，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。

(二) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸—未開內服藥 (D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第 2-6 次複雜度與第 1 次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第 2-6 次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，就醫日期：112 年 3 月 21 日，就醫序號：0018，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計 2 次(執行時間為 112 年 3 月 21 日、27 日)，申報系爭「高度複雜性針灸—未開內服藥(D08)」項目計 1 次(執行時間為 112 年 3 月 23 日)，顯示同一療程之申報針灸項目第 2 次(D08)與第 1 次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Cerebral infarction, unspecified」，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。

(三) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸—未開內服藥 (D08)」，

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

(四) 其餘個案，依病歷及「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」記載，同一療程申報針灸項目第 2-6 次與第 1 次複雜度不同，且不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。

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

		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。
--	--	---------------------------------------