



檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：uncma02@gmail.com
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國111年12月27日
發文字號：(111)全聯醫總兆字第0129號
速 別：
附 件：

主 旨：檢送衛生福利部修正「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」，請察照。

說 明：

- 一、依衛生福利部111年12月12日衛部保字第1111260391C號函辦理。
- 二、敬請至下方網址或掃描QR-code瀏覽附件資料：
<http://twtm.1655.com.tw/new.php?cat=1&id=3092>。



正本：各縣市中醫師公會、中醫門診醫療服務審查執行會六區分會
副本：



理事長 詹永兆

正本

中華民國中醫師公會 全國聯合會
檔號 保存年限：111.12.16
收文第A0133號

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號

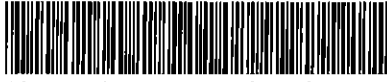
聯絡人：李洵璋

聯絡電話：(02)8590-6779

傳真：(02)8590-6048

電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

220



新北市板橋區民生路一段33號11樓之2

受文者：中華民國中醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年12月12日

發文字號：衛部保字第1111260391C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含修正條文)1份

主旨：「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，業經本部於中華民國111年12月12日以衛部保字第1111260391號令修正發布，名稱並修正為「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」，茲檢送發布令影本（含修正條文）1份，請查照轉知。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、行政院災害防救辦公室、行政院主計總處、內政部、內政部消防署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部心理健康司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

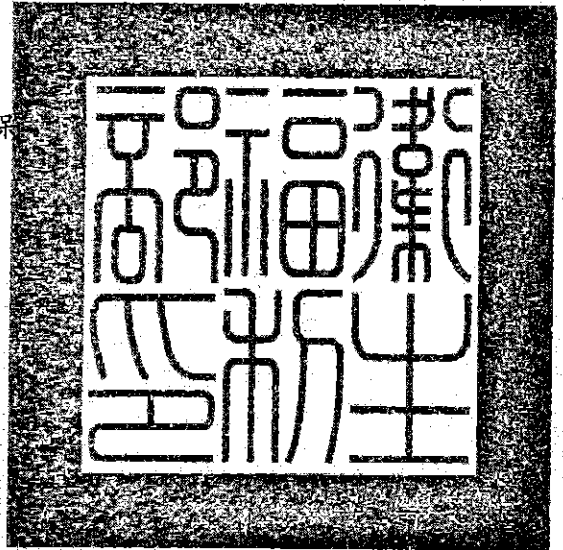
副本：

部長 薛瑞元

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國111年12月12日
發文字號：衛部保字第1111260391號
附件：「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」修正條文1份



修正「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，名稱並修正為「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」。

附修正「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」

部長 薛瑞元



災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法修正條文

第一條 本辦法依災害防救法第四十五條第三項規定訂定之。

第二條 行政院公告災區範圍內受災之全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象，符合下列各款情形之一者，於受災當月起六個月期間，其應自行負擔之本保險一般保險費，由中央政府支應，並得以民間捐款為之：

- 一、死亡或失蹤，符合政府核發死亡或失蹤救助金標準。
- 二、領取政府核發重傷救助金。
- 三、受災當月與前二款保險對象一同投保或為其配偶、父母、未成年之子女、成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業之子女。
- 四、符合領取政府核發安遷救助金、淹水救助金或住屋受災救助金之資格。
- 五、領取政府核發農田、魚塢、漁船（筏）或舢舨受災救助金。

前項第三款保險對象之受補助資格，不因於受補助期間內轉換投保身分中斷。

符合第一項第一款、第二款規定者與其配偶、父母、子女及符合第一項第四款、第五款規定者之名單，由災區之直轄市、縣（市）政府於災害發生後按月更新提供衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱保險人），據以核計補助金額。

第三條 行政院公告災區範圍內受災者，於災害發生之日起三個月期間內就醫，經醫療專業認定因受災需接受治療之下列費用，由中央政府支應，並得以民間捐款為之：

- 一、保險對象就醫應自行負擔之部分醫療費用。
 - 二、未具保險對象資格者就醫屬本保險給付範圍之醫療費用。
 - 三、前二款人員，其本保險不給付之住院一般膳食費用。
- 前項期間，衛生福利部得視受災範圍及嚴重程度，以公告延

長之。

第四條 本保險保險醫事服務機構（以下簡稱醫事機構）收治受災者，應依下列方式，按月向保險人申報費用：

- 一、保險對象應自行負擔之部分醫療費用：依本保險醫療費用申報流程及保險人所定申報代碼申報。
- 二、未具保險對象資格者就醫屬本保險給付範圍內之醫療費用：依本保險醫療費用申報流程及保險人所定申報代碼申報，或依醫療法第二十一條規定，報經所在地衛生主管機關核定之收費標準，以書面或保險人所定方式申報。
- 三、本保險不給付之住院一般膳食費用：以書面或保險人所定方式申報。

第五條 行政院公告災區範圍前，有大量受災傷病患須收治之情形時，保險人得視醫事機構收治各地受災傷病患嚴重情形，研判大量傷病患之受災區域範圍，與該災害防救業務主管機關及其他相關權責機關會商後，報衛生福利部核准劃定大量受災傷病患區域，並公告之。

前項大量受災傷病患區域範圍內受災者，自災害發生之日起，至行政院公告災區範圍之日止，因受災就醫所產生之醫療費用及本保險不給付之住院一般膳食費用之補助，準用前二條規定辦理。

符合前項規定之受災者已住院接受治療，而其受災地區未經納入行政院公告之災區範圍，且於公告時尚未出院者，當次住院費用之補助期間，至出院之日止。

第一項區域範圍經衛生福利部核准劃定後，保險人於必要時，得先行通報各醫事機構。

第六條 受災者自行墊付符合第三條及前條規定之費用後，得於門診、急診治療當日、出院之日或行政院公告災區範圍之日起六個月內，依下列規定申請核退自墊之費用：

- 一、保險對象自墊應自行負擔之部分醫療費用：依全民健康保險法及全民健康保險自墊醫療費用核退辦法規定，向保險人申請。
- 二、未具保險對象資格者就醫屬本保險給付範圍之醫療費用及本保險不給付之住院一般膳食費用：準用全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第六條及第八條規定，向保險人申請；受災者就醫之醫事機構按所在地衛生主管機關核定之收費標準收費，高於本保險支付規定時，得依實核退。

第七條 中華民國一百零四年八月六日至本辦法一百零五年十月三日訂定發布前發生之風災、震災或其他重大災害，經行政院公告災區範圍後，依下列方式辦理費用補助：

- 一、應自付之一般保險費：由災區之直轄市、縣（市）政府依第二條第三項規定提供名單，保險人據以核計，並用以沖抵欠費及後續產生之保險費；保險對象已死亡者，則退還予其法定繼承人。
- 二、應自行負擔之部分醫療費用及本保險不給付之住院一般膳食費用：
 - （一）保險對象自墊費用者，依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法規定，於本辦法一百零五年十月三日訂定發布或行政院公告災區範圍之日起六個月內，檢據向保險人提出申請。
 - （二）醫事機構尚未向保險對象收取者，依第四條規定向保險人申報。

第八條 本辦法自發布日施行。

參、中醫
 案例一

案情摘要

病人主診斷非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，申報系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403567 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第四部中醫 (一) 第五章傷科治療診療項目「複雜性傷科治療(B55、B56)」註： 「1、申報與審查方式依附表 4.5.1 規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表 4.5.2。」 (二) 附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則： 「一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。 二、費用申報與審查相關規定：4. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。」 二、 查卷附資料，○○○1 人 2 案，系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，健保署初、複核意見略為「C60(複雜性針灸或傷科治療國際疾病分類碼申報不符)」、「病歷為堆疊式記載，主訴與病史與診斷無一致性，且紀錄無充分資料，無法看出複雜性傷科處置之必要」，依病歷紀錄，病人主

醫療費用爭議案例

	<p>診斷為「S066X5A TRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGE WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS GREATER THAN 24 HOURS WITH RETURN TO PRE-EXISTING CONSCIOUS LEVEL, INITIAL ENCOUNTER」，非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，亦有申請人自承：「門診因輸入時誤植」等語可稽，同意健保署意見，健保署按前揭規定不予給付系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核屬有據。</p> <p>三、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例二

案情摘要

所附中醫初診資料表及門診病歷，非原送審查之病歷資料，且個案病情診斷，不符特定疾病門診加強照護適用範圍之規定。

衛部爭字第 1093402873 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 (一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第四部第九章特定疾病門診加強照護 1. 通則一、個案適用範圍：「(三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM：

	<p>S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。」</p> <p>2. 通則四：「看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四) 5. 前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。</p> <p>二、 本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、 查卷附資料，本件係健保署執行「NCVA 個案費用檢核批次追扣專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目分別為「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次)(C05)」、「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置四至六次)(C06)」，分述如下：</p> <p>(一) 健保署審核意見</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 初核：追扣代碼-006(不符收案資格)。 2. 複核：未附中醫病歷(○○○案、○案、○案)、未符合顱腦損傷之疾病及病名(○○○案)。 <p>(二) 申請理由要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ○○○案：此病人 108 年 7 月 16 日於本院神經內科診斷 right MCA infarction 並住院復健治療，故收案。 2. ○○○案：患者符合收案計畫資格。 3. ○○○案：住院期間 108 年 8 月 24 日至 9 月 12 日正確診斷：I67.89，因申報誤植為 U000REH 造成健保署 VPN 門診系統抓不到診斷碼以致於無法收案。 4. ○○○案：此病人於 108 年 7 月 2 日在本院復健科診斷 Traumatic spinal cord injury (C1/C2 subluxation and C1-C6 HIVD with myelopathy)，並住院復健治療，故收案治療。
--	--

	<p>(三) 依申請人所附二份病歷紀錄，一份為「中醫初診資料表、門診病歷聯」等(電子檔)、一份為「出院病歷摘要」等(紙本)，其中所附中醫初診資料表及門診病歷聯，非原送審查之病歷資料，即與前揭審查注意事項及審議意旨不符，復依原送審病歷資料，病人分別罹患「I67.2 腦血管動脈粥樣硬化」、「I63.50 源於未明示腦動脈阻塞或狹窄之腦梗塞」、「I67.89 其他腦血管疾病」、「S14.105A 第五頸椎脊髓損傷之初期照護」等，同意健保署意見，申報系爭「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(C05)、(C06)」項目，不符前揭支付標準規定。</p> <p>四、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例三

案情摘要

病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整；或病情記載簡略，未能辯證論治；或不同療程之病情記載雷同，每一療程未有療效評估，不足以支持系爭「一般門診診察費(A01、A03、A05)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103403275 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。】

<p>審定理由</p>	<p>一、查卷附資料，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，系爭項目為「一般門診診察費(A01)」、「每日藥費(A21)」，健保署初、複核意見略為「0181C，按診斷為“N959 停經及停經前後之疾患，但於1/19之病歷記載，均未提及月經狀況(即大概何時開始有停經與更年期症狀，或者是月經斷續之狀態)，無法支持診斷。另病歷堆疊，建議改善；因不符慢性診斷，核刪部分藥費」，A21 部分不予給付，A01 不予給付，依系爭就醫日110年1月19日病歷紀錄，病人診斷為「停經及停經前後之疾患，未特定」，申請理由雖略稱：「檢驗發現其FSH：28、E2：15，符合停經前後之荷爾蒙狀態」，惟病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二)○○○1人2案，分述如下：</p> <p>1. 相關規定</p> <p>全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條第1項第4款、第2項</p> <p>「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。」。</p> <p>「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>2. 系爭項目為「一般門診診察費(A01、A05)」，健保署初、複核意見均略為「0115C、0201C，病歷記載內容與醫令或申報不符，申報醫令有“N946 痛經症”，在病歷記錄病名及內容記載，未見與申報病名有關之症狀及病情，依據病歷記載及病況，不足以支持本項療程」、「申報醫令之第一診斷病名為“N946 痛經症”，但病歷內容未記載與申報病名痛經症有關之症狀及病情」，申請理由雖略稱：「03/10、03/24 就診時，是以腸胃不適(ICD-10：K31.89)為主訴；而痛經症狀是110年04月後為處理主軸」，惟依系爭就醫日110年3月10日、24日病歷紀錄，病人診斷均為「未明示之胃功能性障礙」，與卷附「特約醫事服務機構門診醫</p>
-------------	---

	<p>療服務點數及醫令清單」顯示之申報傷病名稱為「痛經症，未特定」，二者不符，且病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(三)其餘個案，系爭項目為「一般門診診察費(A01、A03)」，健保署初、複核意見為中醫專業審查不予支付理由代碼「0108C、0181C、0115C、0191C、0201C」，依病歷紀錄，或病情記載簡略，未能辯證論治；或不同療程之病情記載雷同，每一療程未有療效評估；或病歷記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>二、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例四

案情摘要

相同診斷多次就醫，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不宜分開申報，不足以支持系爭「一般門診診察費(A82)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103402925 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 (一) 全民健康保險醫療辦法第 8 條第 3 項第 3 款 「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。」。 (二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「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。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「針傷療程 30 日內未滿六次，以同診斷開立新療程並申請診療費專案審查」爭議案，渠等 5 案，系爭項目均為「一般門診診察費(A82)」，健保署初、複核意見皆略為「針傷療程 30 日內未滿六次，又以同診斷開立新療程並申請診療費，與申報規定不符」、「針灸療程卡號應有自動檢視作用，以免卡號弄不清楚」，分述如下：

	<p>(一) ○○○案，申請理由略稱：「7/15、7/19、7/22、7/26、7/29 同一療程，因系統讀取卡號異常溢報」，依 108 年 7 月 15 日(系爭)、19 日、22 日、26 日、29 日病歷紀錄，病人診斷皆為「乾燥症候群」、「肌炎」，依病情記載，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不宜分開申報診察費，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二) ○○○案，申請理由略稱：「6/21、7/5、7/15、7/19 同一療程，因系統讀取異常造成溢報」，依 108 年 6 月 21 日、7 月 5 日、15 日、19 日(系爭)病歷紀錄，病人診斷皆為「肌炎」，姑不論系爭就醫日 108 年 7 月 19 日之「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，健保卡就醫序號 0021，與病歷所載卡號 0018 不一致，且依病情記載，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，應屬同一療程，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(三) 其餘 3 案，○案、○○案，依病歷紀錄，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，且每一療程未有療效評估，四診不完整；○案，不同療程之病歷記載雷同，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例五

案情摘要

病人診斷非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，申報系爭「每日藥費（A21）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405967 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、（四）5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「二、一般案件給藥天數不得超過七日，惟屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病者，得視保險對象醫療需要，一次最高給予三十日內之用藥量。」。 二、 查卷附資料，渠等 3 案，系爭項目皆為「每日藥費（A21）」，分述如下： （一）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 7 日，依病歷紀錄，病人診斷為「頭暈及目眩」等，系爭就醫日 109 年 7 月 1 日開立 14 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費（A21）」7 日，核屬有據。 （二）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷：瘡瘡、毛囊疾患非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 10

	<p>日，依病歷紀錄，病人診斷為「瘰癧」等，系爭就醫日 109 年 7 月 22 日開立 17 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費 (A21)」7 日，核屬有據。</p> <p>(三) ○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 7 日，依病歷紀錄，病人診斷為「胃及十二指腸其他的疾病」等，系爭就醫日 109 年 7 月 23 日開立 14 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費 (A21)」7 日，核屬有據。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例六

案情摘要

病歷無病史、完整四診、身體診察等相關紀錄，申報系爭「初診門診診察費加計〈A90〉」項目，不符「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案四、（一）之規定。

衛部爭字第 1103400902 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 「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案 「四、執行方式：（一）申請本方案之特約中醫醫療院所填寫初診病歷規範：本方案乃針對提升初診病患之診療品質所訂，病歷內容需包括以下各項記錄：1. 初診日期。2. 本次看診主訴。3. 現病史。4. 過去病史。如：糖尿病、高血壓…。5. 個人史。包括：飲食習慣、過敏史、煙酒習慣。6. 家族病史。7. 完整望、聞、問、切中醫四診紀錄。8. 相關實驗室檢驗數據。9. 相關理學檢查。10. 自我照護指導。11. 飲食宜忌衛教。」 二、 查卷附資料，系爭項目為「初診門診診察費加計〈A90〉」，健保署初、複核意見為中醫專業審查不予支付理由代碼「0102C、0109C、0181C、0191C」，依系爭就醫日 109 年 10 月 27 日病歷紀錄，病人診斷為「停經及停經前後之疾患」等，病情無病史、完整四診、身體診察等相關紀錄，

		申報系爭項目不符前揭規定，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，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。
--	--	---