**全民健康保險醫療費用審查注意事項**

中央健康保險局100年10月3日健保審字第1000075850號函令
中央健康保險局101年1月6日健保審字第1010074718號函令
中央健康保險局101年4月11日健保審字第1010075126號函令
中央健康保險局101年6月14日健保審字第1010075422號函令
中央健康保險局102年2月7日健保審字第1020034874號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月18日健保審字第1020035689號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月31日健保審字第1020035787號函令
衛生福利部中央健康保險署105年8月11日健保審字第1050036103號函令
衛生福利部中央健康保險署106年5月15日健保審字第1060081078號函令

衛生福利部中央健康保險署107年6月26日健保審字第1070035449號函令

衛生福利部中央健康保險署108年2月11日健保審字第1080034843號函令

衛生福利部中央健康保險署109年2月14日健保審字第1090034886號函令

衛生福利部中央健康保險署109年11月30日健保審字第1090036578號函令

衛生福利部中央健康保險署113年12月20日健保審字第1130673360號函令

\*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

總則

壹、審查依據及相關規定：

一、全民健康保險法及全民健康保險法施行細則。

二、全民健康保險醫療辦法及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法。(102/3/1)

三、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。(102/3/1)

四、全民健康保險藥物給付項目及支付標準。(102/3/1)

五、刪除(102/3/1)

六、全民健康保險特定疾病住院基本要件。

七、主管機關藥品許可證及醫療器材許可證。(102/3/1)(102/8/1)

八、刪除(102/3/1)

九、其他與審查有關之規定事項。

貳、病歷審查原則

一、送審之醫療費用案件，檢送相關病歷複製本之審查注意事項如下：(100/11/1)

(一)病歷記載內容：

1. 病歷(得以中文或英文記載)書寫應清晰詳實完整。送審之病歷資料，若經兩位審查醫藥專家會審，仍無法辨識者，由醫療院所事先選擇提供補充說明或逕行核刪。(100/11/1)(102/3/1)
2. 病歷記載內容應依醫師法第12條規定辦理，病歷應有首頁及內容。首頁填寫病患基本資料(病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料)；內容應填寫就診日期、病患主訴、檢查發現、醫師診斷或病名、治療處置或用藥及其他應記載事項。牙科治療部位、軟、硬組織均應載明。(100/11/1)

(二)病歷之增刪修正：

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。(100/11/1)

(三)病歷審查處理原則：

1.因病歷記載因素而核減，應視其內容缺失不同，予以核減除診察費外之缺失相關醫療費用。(100/11/1)

2.

(1)中醫傷科應敘明理筋推拿手法或傷科處置內容，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；如針灸或傷科處置不當或異常之案件應核扣處置費。(101/5/1) (102/3/1) (106/6/1)

(2)刪除(107/8/1)(109/3/1)

(四)送審檢送資料：

1.以電腦製作病歷時，應將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印黏貼於病歷紙上，並由診治醫師簽名或蓋章。如依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。(100/11/1)(102/8/1)

2.『檢送抽審病歷複製本，應與病歷正本相符，另院所執行檢(查)驗項目，應檢附正式檢(查)驗報告或影本，若該檢(查)驗項目依臨床情況無法提供正式紙本報告，應於病歷記錄結果並保留相關檢(查)驗紀錄備查。如依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。』(100/11/1)(102/8/1)(114/2/1)

3.送審應檢送病歷資料期間如下：

1. 醫院總額：

門診：首頁複製本及該案當月之全部病歷複製本。(當月該科有關資料)。(100/11/1)

住診：首頁複製本及當次住院之全部病歷複製本。(100/11/1)

(2)西醫基層總額：首頁複製本及該案當月就診之全部病歷複製本。(100/11/1)

(3)中醫門診總額：首頁複製本及該案當月及前一月份就診之全部病歷複製本，如該案病患前一月未就診，應檢附該案病患前一次病歷複製本。(100/11/1)

(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。(100/11/1) (102/3/1)

4.牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料如附件。(100/11/1)

5.申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料(牙科病歷資料上應有保險人核蓋之章戳)，以電子病歷送審者，依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定辦理。(100/11/1)(102/8/1)(105/9/1)(108/3/1)(110/1/1)

【附件】

「牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料」(100/11/1)(修訂)

「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第三條所稱「診療相關證明文件」，經明確定義如下：(102/3/1)

1.於審查必要時，醫療院所應提供下列文件以利專業審查醫療之所需：

(1)ｘ光片。

(2)術前、中、後臨床彩色照片，並註明日期。

(3)保險醫療費用明細表。

2.目的：

(1)專業醫療審查所需。

(2)評估醫療是否按臨床治療指引明定之步驟合理執行。

3.符合下列任一條件：

(1)根據電腦檔案分析指標擇出。

(2)各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經審查分會通過。

(102/3/1)

4.提供時機：依分區審查分會實際需求正式通知保險人各分區業務組。(102/3/1)(102/8/1)

(1)根據電腦檔案分析指標擇出。

由全國二十項指標中選用八項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質，八項共同指標如下：

 八項指標：

(a)就醫病患平均耗用值

(b)每位OD患者平均OD耗用值

(c)O.D點數佔率

(d)就醫病患平均O.D顆數

(e)二年內自家O.D重補率

(f)三年內自家O.D.重補率

(g)二年內他家O.D.重補率

(h)三年內他家O.D.重補率

a.八項指標共同分析，每項指標取百分位前5%，再依分析結果評量異常程度。

b.異常人數以該區總醫師數1%為上限，並三至六個月檢討一次。

(2)各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經審查分會通過。

(102/3/1)

5.(1)異常院所名單以該區總家數之1%為上限，於三至六個月檢討一次。

(2)期限：三至六個月為原則，必要時延期一次。

第四部

中醫醫療費用審查注意事項

中央健康保險局84年9月19日健保審字第84016569號函

中央健康保險局85年2月16日健保審字第85001960號函

中央健康保險局86年1月4日健保審字第86000060號函

中央健康保險局87年4月15日健保審字第87007495號函

中央健康保險局89年6月9日健保審字第89015284號函

中央健康保險局91年12月20日健保審字第0910023538號函公告

中央健康保險局93年9月1日健保審字第0930068663號函公告修正

中央健康保險局94年9月16日健保審字第0940068938號函令修正

中央健康保險局95年1月9日健保審字第0940069098號函令修正

中央健康保險局95年7月7日健保審字第0950068550號令修正

中央健康保險局95年11月10日健保審字第0950068682號函令修正

中央健康保險局97年4月1日健保審字第0970012154號函令修正

中央健康保險局98年2月12日健保審字第0980032057號函令修正

中央健康保險局98年9月3日健保審字第0980095409號函令修正

中央健康保險局98年12月14日健保審字第0980095828號函令修正

中央健康保險局99年12月6日健保審字第0990082225號函令修正

中央健康保險局100年10月3日健保審字第1000075850號函令修正

中央健康保險局101年4月11日健保審字第1010075126號函令

中央健康保險局102年2月7日健保審字第1020034874號函令

衛生福利部中央健康保險署102年7月18日健保審字第1020035689號函令

衛生福利部中央健康保險署102年7月31日健保審字第1020035787號函令

衛生福利部中央健康保險署103年4月28日健保審字第 1030035320號函令

衛生福利部中央健康保險署103年12月3日健保審字第1030036475號函令

衛生福利部中央健康保險署109年2月14日健保審字第1090034886號函令

衛生福利部中央健康保險署110年12月14日健保審字第1100036610號函令

衛生福利部中央健康保險署111年7月15日健保審字第1110671076號函令

衛生福利部中央健康保險署112年10月30日健保審字第1120672686號函令

衛生福利部中央健康保險署114年4月22日健保審字第1140670703號函令

衛生福利部中央健康保險署114年7月15日健保審字第1140671425號函令

\*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

1. 保險對象應自行負擔中醫門診或急診費用部分負擔，請依「全民健康保險中醫部份負擔相關規定及費用申報代碼」規定辦理。

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。

三、中藥之使用依「全民健康保險中藥用藥品項表」所收載為範圍，係以主管機關核准經由G.M.P.中藥濃縮廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥之使用並應用列屬主管機關整編之「臨床常用中藥方劑標準處方」。(101/5/1)(102/8/1)

四、同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥或相關治療。

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。(101/5/1)

六、中醫特約醫療院所符合規定設置檢驗室者，若具相關檢驗、檢查設備，且經主管機關登記核可者，得向保險人分區業務組報備實施檢驗(如生化、血液等)項目，經核准後依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準Ｉ、西醫及牙醫部分所列檢驗項目及支付點數申報費用。(102/3/1) (102/7/23)(102/8/1)

七、治療次數已逾所需療程者，如急性腰痛或急性肌肉關節疼痛，治療逾一個月以上，其超過療程部分，加強審查。如未詳實記載病況、療效、原因者，應核扣診察費；如處置不當或異常之案件應核扣處置費。(101/5/1)

八、黑斑、雀斑、白髮、非病態減肥、開放性骨折之整復、三伏貼、針刀、穴位埋線、以美容為目的之處置等不得申報。(98/10/1)(109/3/1) (112/12/1)

九、(一)刪除(97/5/1)

 (二)刪除(100/11/1)

十、刪除(100/11/1)

十一、刪除(100/11/1)

十二、刪除(100/11/1)

十三、刪除(100/11/1)

十四、刪除(101/5/1)

十五、同一療程中，只開給內服藥不施以傷科針灸治療而再申報診察費者，應以不同疾病且於病歷上有詳細記載者為限。(97/5/1) (104/1/1)

十六、

(一)傷科脫臼整復之審查依病歷紀錄，應包括：

1.脫臼發生之時間及原因。

2.是否第一線處理。

3.受傷部位之局部症狀。

4.整復手法。

(二) 刪除(111/8/1)

十七、診斷病名為扭傷或挫傷時，應於病歷上載明病人主訴之發生時間及原因，未記載得核扣診察費；又倘為外因所致之扭傷或挫傷，需同時將損傷性質及外因予以編碼，並申報於特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單，未申報得核扣診察費。(114/8/1)

十八、慢性病開藥七天以下比例過高者應加強審查。（111/1/1）

十九、申報針灸、電針、傷科及脫臼整復治療次數顯有異常頻繁之情形時，應加強審查。

二十、電針病歷應詳實記載穴位、時間、波形、頻率如未載明者，費用應予刪除。

二十一、刪除(103/6/1)

二十二、非屬本保險給付範圍之醫療服務代辦案件，未依規定以代辦案件申報者，整筆核刪不予本保險支付(例如：屬職業災害事故所發生之醫療費用以健保醫療費用申報者不予支付)。(95/7/15)

二十三、醫事機構申報重大傷病免部分負擔之醫療費用，非與重大傷病相關之診療者，追扣醫事機構該筆醫療費用部分負擔。(98/3/1)

二十四、案件分類為「一般案件」(俗稱簡表)者，經個案專業審查後，有下列情形者整筆費用核刪：

(一)、影響病人安全之處方者。

(二)、非必要之連續性就診者。(95/12/1)

二十五、病歷需填卡序，無填寫卡序者將加強審查。(99/1/1)

二十六、刪除(100/11/1)

二十七、診斷有第二病名(含)以上者，病歷主訴應有相關記載，未記載應核扣診察費。(114/6/1)

二十八、傷科治療處置費(E01-E02)審查原則：(114/8/1)

1. 病歷皆應詳實記載病情及傷科手法。
2. 單獨實施冰敷、熱敷、藥布、外敷等處置而申報傷科處置費(E01-E02)，限扭、拉、挫、外傷急性期48小時內，並應記載發生時間、原因及症狀，延長急性期須於病歷詳細說明；單純拔罐等輔助療法(CH01~CH09)不可單獨申報傷科處置。