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。