全民健康保險醫療費用審查注意事項

衛生福利部中央健康保險署編訂

目錄

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
*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。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)

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，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)

【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。

第一部
醫院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4月7日健保審字第0930068296號函公告修正
中央健康保險局94年2月25日健保審字第0940068620號函公告修正
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號函令修正
中央健康保險局96年3月12日健保審字第0960062072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97年4月16日健保審字第0970012203號函令修正
中央健康保險局97年7月18日健保審字第0970012454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6月18日健保審字第0980095034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2月25日健保審字第0990074102號函令修正
中央健康保險局99年5月31日健保審字第0990051357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3月29日健保審字第1000075057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7月3日健保審字第1030035693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104年6月26日健保審字第1040035724號函令
衛生福利部中央健康保險署104年11月30日健保審字第1040036706號函令
衛生福利部中央健康保險署105年12月12日健保審字第1050080727號函令
衛生福利部中央健康保險署106年1月11日健保審字第1060081002號函令
衛生福利部中央健康保險署106年4月17日健保審字第1060081061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106年7月14日健保審字第1060081104號函令
衛生福利部中央健康保險署106年8月15日健保審字第1060081114號函令
衛生福利部中央健康保險署106年8月24日健保審字第1060081125號函令
衛生福利部中央健康保險署106年11月14日健保審字第1060081152號函令
衛生福利部中央健康保險署106年12月25日健保審字第1060081164號函令
衛生福利部中央健康保險署107年5月17日健保審字第1070035290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3月23日健保審字第1090034829號函令
衛生福利部中央健康保險署109年4月21日健保審字第1090035220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

壹、全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項

一、一般原則：

(一)刪除(99/7/1)

(二)刪除(99/7/1)

(三)審查醫藥專家依相關法令規定辦理，並基於醫學原理、病情需要、

治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。(102/3/1)

前項專業審查，審查醫藥專家審查醫療服務案件，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫藥專家審查，必要時得提審查會議審查。(102/3/1)

(四)刪除(99/7/1)

(五)審查時應注意因病患年齡、性別不同而影響病情及疾病的分布。

(六)審查時若發現醫療院所有申報異常，如疾病分布不正常、用藥浮濫、住院日偏長等，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解，並將訪查結果通知審查醫藥專家，繼續追蹤管理。(102/3/1)

(七)使用藥品，應依病情變化、藥品核定適應症及全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，若發現醫療院所有嚴重申報異常，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解，另將訪查結果通知該院所，並請審查醫藥專家加強審查。(102/3/1)

(八) 用藥審查原則

1.神經系統藥物

(1)Tramadol HCl＋acetaminophen (如 Ultracet Tablets)：
適用於 VAS 或 VRS (Visual Analogue Scale 或 Verbal Rating Scale)≧4之中度至嚴重性疼痛之病人。(106/12/1)

(2)「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品」之審查原則(依食品藥物管理署104年5月6日 FDA 管字第1041800227A 號函修訂)：(106/12/1)

甲、醫師應在使用其他藥物及方式控制疼痛無效後，始得考慮

為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方使用成癮性麻醉藥品。

乙、送審資料應檢附院內「管制藥品管理(委員)會」評估該類病人且決議同意使用之會議相關資料及最近6個月內之「使用成癮性麻醉藥品病人同意書」，否則不予支付。

丙、使用藥品應以口服劑型為主，當該類病人不能口服或口服效果不佳時，可改用舌下劑、貼片劑或針劑，並明確記載理由，其藥品處方天數如下：

A.病人應親自回診領藥，每次處方口服藥、舌下劑以14日為限，貼片劑以15日為限，針劑以7日為限。

B.行動不便之病人，經評估認定其病情穩定，且經「管制藥品管理(委員)會」審查同意，其每次處方口服藥、舌下劑以28日為限，貼片劑以30日為限，針劑以14日為限。

丁、該類病人每次回診時，至少應就下列事項詳細評估並記錄，送審時需檢附：

A.疼痛狀況。

B.藥品相關之副作用。

C.生理、心理之功能及狀態。

D.藥物相關之異常行為。

2.抗微生物劑(106/12/1)

(1)同類同抗菌範疇之抗生素若未能都進行藥物敏感性試驗時，得以其中之一種藥物的敏感性試驗結果做為使用其他同類同抗菌

範疇藥物合理性之判定參考。

甲、第一代頭孢子素，包括 cephalothin, cefazolin, cephradine, cephaloridine, cephapirin。

乙、非 cephamycin 類之第二代孢子素，包括：cefamandole, cefonicid, cefuroxime, cefotiam 等。

丙、Cephamycin 類之第二代頭孢子素，包括 cefoxitin, cefmetazole。

丁、不具抗 Pseudomonas 活性之第三代頭孢子素，包括：cefotaxime, ceftizoxime, ceftriazone, cefmenoxime 等。

戊、Aminoglycoside 類中之 tobramycin 與 netilmicin。

己、Fluoroquinolone 類，包括 norfloxacin, ofloxacin, enoxacin, ciprofloxacin 等。

庚、Glycopeptide 類之 vancomycin 與 teicoplanin。

辛、合併β-lactamase inhibitor 類之 Augmentin 與 Unasyn。

3.激素及影響內分泌機轉藥物

(1)抗骨質再吸收劑（anti-resorptive）：(106/12/1)

用於因骨質疏鬆症（須經 DXA 檢測 BMD 之 T score≦-2.5SD）引起脊椎或髖部骨折，或因骨質疏少症(osteopenia)(經 DXA 檢測 BMD 之-2.5SD <T score <-1.0SD)引起脊椎或髖部2處或2次(含)以上之骨折，需於病歷上載明第幾節脊椎或哪一側髖部骨折之位置。

(2) Parathyroid hormones and analogues （副甲狀腺素及類似劑）審查原則：teriparatide 注射劑(106/12/1)

甲、需於病歷詳述第幾節脊椎或哪一側髖部骨折之位置。

乙、如因無法耐受抗骨質吸收劑副作用，需於病歷載明。

(九)保險對象是否需要住院以及住院天數是否過長，原則上應尊重主治醫師之專業判斷，惟各醫院應於病歷上敘明住院之適當理由，以利審核。

(十)急診審查原則如下：

1. 採檢傷分類申報者之規範: (109/5/1)

(1)急診檢傷級數的判定，須依據衛福部公告的最新版本為之。請審查委員依病人的檢傷紀錄進行審查，檢傷級數於判定後則不宜再進行修改。如果於急診診療期間因病情變化影響生命徵象或突發狀況施行急救處置，例如心肺復甦術(CPR)或氣管內插管(Endotracheal intubation)，應於病程紀錄上詳細記載以利審查時佐證。(109/5/1)

(2)審查醫藥專家應就醫事機構所檢附之急診紀錄單等相關資料加以審核其級數之適當性。(102/3/1)(109/5/1)

2.急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節通則五規定，得申報急診加成者，其申報規範如下：(102/3/1) (109/5/1)

(1)病人病情緊急需立即檢查，且立即得到檢查結果者，其檢查費用得按所訂點數加算20%；前述「病情緊急需立即檢查」以實驗室接收檢體時間或病人送至檢查室至正式報告記載時間1小時以內為限，故若雖有緊急醫囑但未立即施行，或雖緊急臨時採集檢體或施行檢查但檢驗結果或檢查報告於1小時後才提供（如

13007C 細菌培養鑑定檢查、13016B 血液培養等項目），不得申報急診加成；若雖然緊急採檢體或施行檢查且報告及時得知，但臨床專業上認定該項檢查並無急迫施行意義者，亦不得申報急診加成。(109/5/1)

(2)前述檢驗檢查項目中，超音波、內視鏡、放射線診療－特殊造影檢查（係指全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二章第二節第一項之二所規定之診療項目）之檢查醫囑時間至報告記載以3小時內為限，若有特殊項目因本身檢查時間較長而超過3小時者，醫療院所申報費用時應詳細述明檢查起迄時間，由專業判斷之。(102/3/1)(109/5/1)

(3)有關檢驗檢查之時間規定部分，各醫療院所應於申報資料中詳載，以為審查所需，未依規定辦理者，不予給付急診加成費用。(109/5/1)

3.急診會診注意事項：急診會診應有照會紀錄、會診的科別及次數，並應依急診病況的複雜性及急迫性而決定之。(109/5/1)

4.請由病歷瞭解檢驗或檢查的目的或其適應症，不可違反其絕對禁忌症。(109/5/1)

(1)心肌酵素檢驗的項目和頻率:需考量病人的年齡、性別、症狀、心血管疾病的危險因子，以及其他可能影響心肌酵素檢查結果的因素，如慢性腎衰竭、敗血症、心衰竭等潛在影響因素。Myoglobin、Troponin 或 CK/CKMB 不宜同時或重複檢驗。

(2)血中腦利鈉胜(B-type Natriuretic Peptide, BNP) 的檢驗:需考量過去病史、急性病症(例如：呼吸是否急促、喘或心臟衰竭

的症狀)、身體檢查(例如：肺部是否有囉音、頸靜脈是否鼓張)及胸部X片的異常狀況，以實際臨床狀況決定此檢查的必要性。

(3)緊急電腦斷層或核磁共振掃描檢查:應於病歷上詳細記載其適應症以呈現此檢查的適當性或必要性。

(4)診斷性質相近的檢查檢驗項目，不宜同時點選施行。

5.有關藥物使用的時機及其適應症(109/5/1)

(1)消化性潰瘍用藥需符合健保給付相關規定:嚴重外傷、大手術、腦手術、嚴重燙傷、休克、嚴重胰臟炎及急性腦中風者為預防壓力性潰瘍，得使用消化性潰瘍藥品。

(2)非類固醇抗發炎劑（NSAIDs）藥品（如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide、etoricoxib）等製劑之使用需符合健保給付相關規定:如年齡大於等於五十歲之骨關節炎病患；合併有急性嚴重創傷、急性中風及急性心血管事件者；曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者；同時使用腎上腺類固醇或抗凝血劑之患者、或肝硬化患者等得使用此類製劑。使用本類製劑之病患不得併用預防性的乙型組織胺受體阻斷劑、氫離子幫浦阻斷劑或其他消化性潰瘍用藥。

6.急診會診應有正式照會紀錄。(109/5/1)

7.申報深部複雜創傷及臉部創傷處置，應檢附彩色圖檔。(109/5/1)

(十一)刪除(109/5/1)

(十二)申報手術項目費用時，應檢附手術同意書及麻醉同意書，其內容依中央主管機關規定，未檢附者，不予支付該項費用。

(十三)刪除(100/11/1)

(十四)審查時應掌握時效，以維護醫療院所之權益。

(十五)審查中有核減時，應註明核減理由。

(十六)審查醫藥專家對審查其本人或配偶所服務之醫療院所及其三親等內血親、姻親所設立之醫療院所醫療費用案件，應予迴避。(102/3/1)

(十七)審查有關人員對審查內容或因審查而知悉之公務，應保守秘密，不得洩漏。審查醫藥專家並不得將各類審查案件攜出審查場所。(102/3/1)

(十八)其他注意事項：

1.電腦斷層及磁振造影檢查審查原則：

(1)「電腦斷層造影」及「磁振造影」診療項目均以「次」為單位，病患如因病情需要多部位造影檢查，其原則如下：(107年6月27日健保醫字第1070033408號書函)(108/3/1)

甲、病患可同次施作，僅能申報1次，不得以不同部位為理由分次執行或拆分申報多次。

乙、若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，須分次執行，需於病歷上詳載其理由，依實際施作次數申報，其合理性由專業審查認定。

(2)須附檢查申請書、報告及影像，否則不予給付。(108/3/1)

(3)檢查申請書或報告內容須包括：

甲、臨床診斷。

乙、檢查目的。

丙、相關病史。

丁、理學(身體)檢查(若係神經系統檢查需附詳細神經學理學檢查；若係骨及肌肉關節系統檢查需附詳細檢查部位理學檢查資料)。

戊、其他相關檢查結果。

(4) 完整檢查結果應註明檢查日期，並由放射科專科醫師具名並標明証照號碼。

(5) 除非必要不可同時施行同部位電腦斷層及磁振造影檢查，若同時實施，應詳加審查。(108/3/1)

(6) 如短期內(如十二週)再次執行電腦斷層或磁振造影檢查，應敘明病情及必要性，應詳加審查。

(7) 磁振造影檢查之選擇應用，須在公認有明顯優於其他檢查(procedure of choice)，或其他檢查無法提供足夠資料以輔助臨床治療時，方可申請。

(8) 癌症患者檢查須有癌病史或確切病理診斷、有確切臨床需要且同時其他檢查無法輔助診斷時，或公認在選擇上為優於其他檢查(procedure of choice)，方得申請磁振造影檢查。

(9) 骨及肌肉關節系統須有積極檢查目的，方可實施磁振造影檢查。

2.刪除(109/5/1)

3.外傷處置審查原則：(106/12/1) (109/5/1)

深部複雜創傷及臉部創傷處置，送審時應檢附彩色照片。

4. X-RAY 審查原則：(108/3/1) (109/5/1)

(1) 診療項目32015C-32018C，同一對稱部份且為同一輻射照野施行 X 光檢查(如二膝或二腕的 A-P view)，應視為同一診療行為，以申報一次為原則。(95年11月6日健保醫字第0950060411號函)

(2) 放射線診療 X-RAY(32001C-32023C)，連續拍攝第二張以上，採第一張點數8折支付並以不同醫令申報，其連續拍照係為病人於同一次且同一攝影室拍攝多張。(106年11月14日健保審字第1060036294號函)

(3) 同一個案同一疾病如需照多次照射，如骨折或關節脫位的復位治療，於治療前及治療後等，如因病情需要且符合醫療常規，並於病歷註明原因，得依臨床實際狀況得施行二或二次以上同一項目(含不同部位)檢查。

(十九)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)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)

(二十一)應轉出加護病房之審查注意事項：(95/7/15)

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定(102/3/1)	審查注意事項
1. 血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量…)	1. 無休克現象。 2. 無惡性心率不整（malignant arrhythmia）。 3. 未使用升壓劑或血管擴張劑。
2. 脫離呼吸器	1. 脫離呼吸器病人。 2. 穩定使用呼吸器病人。
3. 病情穩定已不需使用特殊生理監測器者	1. 病情穩定之情況： (1)有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使用呼吸器者。 (2)神智恢復或已穩定。 (3)無嚴重之新陳代謝異常。 (4)無異常出血。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定(102/3/1)	審查注意事項
	(5)使用藥物不需特別持續監測。 2.病情穩定不需全天候使用特殊生理監測器者。
4.合併症已穩定控制者	1.病情穩定之情況： (1)有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使用呼吸器。 (2)神智恢復或已穩定。 (3)無嚴重之新陳代謝異常。 (4)無異常出血。 (5)使用藥物不需特別持續監測。 2.病情穩定不需全天候使用特殊生理監測器者。
5.已脫離急性期不需加護醫療照護者	1.病患的疾病嚴重度評分指數低於入住指標，且24小時內穩定未改變。 2.病情穩定改善： (1)有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使用呼吸器。 (2)神智恢復或已穩定。 (3)無嚴重之新陳代謝異常。 (4)無異常出血。 (5)使用藥物不需特別持續監測。 3.加強醫療獲益不大： (1)有多重器官衰竭現象，經積極治療後仍無改善者。 (2)腦中樞神經病變，神智無法改善之病患。 (3)癌症末期之患者。 (4)慢性器官衰竭已達末期，經積極治療無法改善其預後者。 (5)猝死經急救後仍有缺氧性腦病變者。
6.家屬要求自動出院者	病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽署自動出院或拒絕積極治療同意書。 前項同意書之簽具，病人為未成年人

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定(102/3/1)	審查注意事項
	或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。 註：有違反兒童及少年福利法之虞者不在此限。
其他建議	1. 早產兒體重超過1500公克，且其合併症已獲得穩定之控制。 2. 病情進入膠著狀態，預期短期無突破性進展。 3. 病情需要，需轉往其他機構或單位治療者（例如飛沫、空氣傳染疾病需負壓隔離治療或法定傳染病者）。 4. 病人或家屬拒絕接受氣切、穿刺或引流等治療。 5. 腦死不做器官捐贈者。

(二十二)簽署不予急救同意書(DNR)依病人情況不同而有所差異，如已簽署 DNR 之後執行介入性或積極治療時，應於病歷記載清楚其適應症，如未記載交代清楚將嚴加審查其醫療費用。(97/5/1)

(二十三)針對抽審案件中若有執行內視鏡檢查請檢附照片(內含病人 ID 或病歷號碼、院所名稱及檢驗日期)以利專業審查判定。待審查完畢會將原照片（或清晰之照片、幻灯片等）寄還院所。如有執行困難，請提供足資佐證之資料，以供審查。(97/5/1)

(二十四)刪除(100/11/1)

(二十五)有關論病例計酬處理原則：

1. 個案出院時應符合本部各章所訂出院狀態，不符出院狀況者，改核一般案件給付。
2. 本部各章節所訂項目，若未依規定完成治療，保險對象即因故出院

者，整筆醫療費用應按實際醫療費用申報。

3. 本部各章節中基本診療項目中有※者為必要執行項目，若未執行，整筆醫療費用不予給付。

4. 適應症不符，不應申報論病例計酬案件，並由專業醫師認定，採整筆費用核減或改核一般案件。

5. 論病例計酬案件醫療品質不符專業認定，不予支付不當部分之服務。

6. 論病例計酬案件診療項目有不當移轉至他次門、住診施行，應不予支付不當部分之服務。

(二十六)刪除(100/5/1)

(二十七)審查認為非必要住院，且其相關診療、檢查、用藥等亦非屬必需，則整筆醫療費用不予給付。(101/5/1)

(二十八)審查認為非必要住院，但其相關診療、檢查、用藥等全部或部分仍屬必需，則必要之診療、檢查、用藥等依專業審查結果核實支付。住院診察費、病房費、護理費、住院藥事服務費全數核刪，改以門診診察費及門診藥事服務費給付。(101/5/1)

(二十九)不符藥品許可證所載適應症及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定者不予給付。惟特殊病例得以個案向保險人申請事前審查，並經核准後給付。(106/6/1)

(三十) 執行之超音波檢查、病理組織檢查、內視鏡檢查及醫療服務給付項目明訂需檢附報告者，送審時應檢附報告。(106/12/1)

(三十一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準涉及以重量、長度區分支付點數之項目，有手術紀錄者，以手術紀錄內容之組織重量或長度，作為支付之依據。(106/12/1)

(三十二)「流行性感冒 A 型病毒抗原(14065C)」及「流行性感冒 B 型病毒抗原(14066C)」之審查原則：(106/12/1)

1. 符合衛生福利部疾病管制署對於公費流感抗病毒藥劑適用條件者，無須進行快篩。

2. 符合衛生福利部疾病管制署對類流感症狀之定義，須符合3項條件：

(1)突然發病，有發燒(耳溫≧38℃)及呼吸道症狀。

(2)具有肌肉酸痛、頭痛、極度倦怠感其中一種症狀者。

(3)需排除單純性流鼻水、扁桃腺炎，與支氣管炎，且以發病48小時內為原則。

3. 醫師需詢問病史且確實評估後開立，送審時需檢附檢查報告。

(三十三)四肢超音波(109/5/1)

四肢超音波檢查(19016C)：

1. 下列情形執行四肢超音波檢查時機：

(1)懷疑四肢血管病變。

(2)四肢軟組織腫瘤。

(3)四肢異物。

(4)韌帶之疾病。

(5)骨骼之疾病。

(6)關節之疾病。

(7)周邊神經之疾病。

2. 關節內玻尿酸注射、葡萄糖水增生注射或PRP(platelet-rich plasma)注射，不得申報19016C。

3.送審需檢附的佐證資料：

(1)病歷應詳實記載主訴、病史、理學檢查或神經學檢查及適應症。

(2)應有正式報告，並檢附清晰可判讀之超音波影像圖(需註明部位)。

4.檢查頻率：

(1)急性病變以檢查1 次為原則。

(2)追蹤評估以3-6 個月為原則，如需增加檢查頻率，應檢附相關資料佐證。

(三十四)過敏原測試MAST allergy test審查原則(109/5/1)

1.申報IgE檢驗，如為20歲以上之個案，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度，申報件數異常且多為老年案件者應嚴審。

2.除年齡、嗜酸性白血球數考量外或IgE (12031C)大於其標準值或過敏原檢驗(定性) (30021C)異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，以兩年內未實施者為原則。

3.陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者應嚴審。

二、各科審查注意事項：

(一)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-家庭醫學科

1.門診部分審查原則：

(1)門診處方用藥之審查，依健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除應注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。

(2)抗生素使用原則：(97/6/1)

對使用第一線以外之抗生素、多種抗生素、或其他高價藥物，應附此次使用抗生素之過程病歷。但符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準之藥品給付規定(以下稱藥品給付規定)10.2 Penicillins & 10.3 Cephalosporins之使用適應症者不在此限。(100/1/1)(102/3/1)

(3)類固醇藥物之使用應確定為治療病症之所需。

(4)其他有關之審查原則：

甲、維生素及鐵劑之醣漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。

乙、應加強審查不正常過度使用高價藥品之院所，一般以非類固醇抗發炎藥物類、糖尿病之口服降血糖藥物、微循環促進劑、抗生素、制酸劑、抗巴金森氏症、口服抗黴菌及抗血小板等類藥物容易發生使用不合常理之情形，即此院所之多數病例均使用高價藥品而不見一般常用之低價療效相近藥物。

丙、對使用維生素、止痛劑、類固醇之注射劑應載明使用理由。

丁、注意功能相同之藥物重複使用。

戊、注意慢性病處方中，是否有同時開立使用天數過長之非慢性病用藥。

己、必要時得調閱病歷影本參考。

庚、病患因病情需要予以備血未使用時，備血之交叉試驗以不超過兩次為原則，並應附檢驗報告，申報費用時須註明「備用血」。備用之輸血套以一副為原則。

辛、傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算；申報創傷處置，應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」「創傷處置」之規定，申報深部複雜創傷處置（48004C－48006C）及臉部創傷處理（48022C－48024C，48033C－48035C），應檢附彩色照片，會陰部位擴創術除外。(102/3/1)(106/1/1)

壬、為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等附帶之手術及處置，不另給付。

癸、施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。(106/12/1)

子、手術過程用於灌洗之藥品如 Balance Salt Solution 或 Physiologic Irrigating Solution 等，應包含於手術之一般材料費內不另給付。

丑、刪除(101/5/1)

寅、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表中急診定義及

適用範圍第十二條之規定：生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。以適用本條規定，申報急診加成時，應註明病情緊急處理之原因、必要性。(102/3/1)

卯、刪除(101/5/1)

2.門診部分審查注意事項：

(1)皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費，包括於門診診察費內，不得另行申報，但材料費得另計。六歲以下嬰幼兒因病情需要施行小量靜脈注射，得以57111C 申報。

(2)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節之第一項至第四項中的尿、糞、血液、生化檢查費用，累計項次數達規定次數時，應折扣之規定，審查時須注意有無確實執行。(101/5/1)(102/3/1)

(3)刪除(109/5/1)

(4)使用祛痰劑或誘痰劑，如同時處方兩種以上止咳劑，或不當使用高價藥品者應加強審核。

(5)支氣管擴張症或慢性支氣管炎，如長期使用第二線或第三線高價抗生素，應加強審核急性發作期可短期使用普通有效的抗生素。

(6)手術後預防性抗生素之使用及無併發症之骨盆腔發炎之抗生素使用，應依藥品給付規定之抗生素使用原則使用。(102/3/1)

(7)注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。

(8)荷爾蒙之使用：停經後荷爾蒙之使用得依醫師診斷使用於閉經、

更年期症候群、骨質疏鬆症等疾病治療，但接受子宮切除後之病患不宜使用含黃體素之荷爾蒙製劑。(97/5/1)

(9)維他命之使用應注意其臨床適應症。

(10)止血劑及酵素消腫劑：應慎重選擇使用。正常凝血機能下之手術後及脅迫流產等，應不必使用止血劑。

(11)安胎藥之使用原則：tocolytics、包括β-mimetics 等，應視產婦需要給藥，在妊娠滿三十七週前使用，且通常不應使用於十六週前及三十七週後。

(12)驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

(13)兒科針劑費用之計算：

甲、可長期重覆使用之瓶裝針劑(vial)，應按實際之使用量申報。

乙、單劑量安瓿裝針劑(ampoule)每次按支數計算申報。

(14)刪除(99/7/1)

3.住院部分審查原則及注意事項：審查時應注意個案住院之必要性、住院日數之長短及病房種類(如加護病房等)之適當性。

(1)急性支氣管炎、肝炎、暈眩症等特定疾病住院，應符合特定疾病之住院基本要件。(詳附表十九)(102/3/1)

(2)住院處方用藥之審查，應依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。(一些管理不善院所，易出現長期未進行醫令重整，致使用藥物期間過長。)

(3)應注意病歷摘要之診斷、診療記錄及明細表是否相符。

(4)抗生素之使用，須符合藥品給付規定之「抗微生物製劑」規定。

(102/3/1)

(5)多數院所均有套裝生化檢查之設計，應注意同一住院期間，是否有必要多次進行相同之套裝生化檢查，除非必要否則應以單項複選之方式，做為住院期間之追蹤。

(6)糖尿病患者除非正在調整胰島素劑量，或是病況危急，對每日測三至四次血糖以上者，注意加強審查。

(7)細菌培養時未長出細菌，不可申報藥物敏感試驗。

(8)皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費包括於病房費中，不得另行申報，但材料費得另計。

4.刪除。

5.其他注意事項：其他未規範事宜得參考相關科審查注意事項辦理。

6.(1)骨質密度測量檢查審查時應附之資料：

甲、內分泌失調可能加速骨質流失者，審查時需檢附相關數據。(100/1/1)

乙、非創傷性之骨折者，審查時需檢附 X 光片。(100/1/1)

(2)前述保險對象因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次為限。

(3)篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。

7.全民健康保險居家照護審查注意事項

(1)審查原則

甲、各分區業務組得訂定指標，對收案及費用申報均合理之居家照護機構，得減量抽樣審查。(102/3/1)

乙、對申報資源耗用群類別分布超常態之居家照護機構，得要求其

申報費用時檢附護理計畫及訪視紀錄，逐案(包括申報訪視次數在規定次數以內之案件)審查。

(2)收案注意事項

甲、收案對象是否符合下列各項條件：

A.活動能力評估符合 KARNOFSKY SCALE(詳附表二)第三級(含)以上，或 BARTHEL’S SCORE(詳附表三)60分(含)以下。

B.有明確之居家照護服務項目需要。

C.病情穩定能在家中進行照護。

D.檢附完整之申請資料：

(A)申請書中有客觀的護理評估資料及符合個案個別需要的具體護理計畫。

(B)醫囑單有完整之病史及醫囑記載。

(C)申請書及醫囑單所記載之診斷、病情、照護項目及照護計畫一致。

乙、申請延長照護個案除需符合前項收案條件外，「護理評估」項目中是否有說明照護期間個案病況進展情形。

丙、下列對象不符收案條件，應不予同意：

A.無明確之護理措施，只需部分日常生活協助者。

B.病情不穩，需住院治療者。

(3)費用審查注意事項

甲、有下列情形者，不予支付費用或核扣多報之費用：

A.不符合收案或延長照護條件者。

B.月申報訪視次數在三次(含)以上、新收個案收案當月在四次

(含)以上而未依規定檢具相關資料，或經審查為非必要之超次訪視。

C.申報資源耗用群分類與提供之居家照護項目不符者。

D.非必要之靜脈點滴注射，每日申報家訪費用者。

E.醫師及護理人員均不可同一時段申報兩位不同住處病患訪視費。（104/1/1）

乙、有下列情事者，應加強審查：

A.同一病患同一天由不同科別醫師看診者。

B.照護紀錄內容僅見例行更換各式導管者。

(二)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-內科

1.門診部分審查原則：

(1)門診處方用藥之審查，依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除了應注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。

(2)應加強審查不正常過度使用高價藥品之院所，一般以非類固醇抗發炎藥物類、糖尿病之口服降血糖藥物、微循環促進劑、抗生素、制酸劑、抗巴金森氏症、口服抗黴菌藥物及抗血小板藥物等類藥物容易發生使用不合常理之情形，即此院所之多數病例均使用高價藥品而不見一般常用之低價療效相近藥物。

(3)注意慢性病處方中，是否有同時開立使用天數過長之非慢性病用藥。

(4)須注意檢查或檢驗之必要性，對於以研究、預防或健康檢查而做與診療無關之檢驗或檢查，應加強審查。

(5)對於超音波檢查及內視鏡檢查頻率過高之院所，應加強審查。例如高血壓無心臟血管併發症者，並無心臟超音波檢查之必要。

(6)特殊檢查，如 MRI、CT 等是否有附報告。

(7)必要時得調閱病歷影本參考。

(8)非類固醇抗炎藥使用兩種(含)以上者，應加強審查。

(9)糖尿病用藥，因藥物作用機轉相同：如 sulfonylureas 類型藥物(glimepiride 等)不可與 meglitinides 類型藥物(如 repaglinide、nateglinide)合併使用。

(10)高血壓之治療，應注意下列用藥禁忌：

甲、高血壓懷孕婦女，禁用 ACEI 或 ARB。

乙、高血壓合併高鉀血症病史之病患，得避免使用 potassium-sparing diuretics 或 aldosterone antagonist。(106/1/1)

丙、高血壓合併氣喘、慢性阻塞性肺病或支氣管痙攣病史之病患，不宜使用 β-blocker。

丁、高血壓合併二度或三度心臟傳導隔斷病史，且未裝置人工心律調整器（pacemaker）之病患，不宜使用 β-blocker。

戊、高血壓合併低鈉血症病史之病患，使用 thiazide diuretics，應監測血鈉濃度。

(11)serotonin antagonist 類止吐劑使用，應以標準劑量為原則，超過標準劑量者應檢附說明。

(12)TZD（thiazolidinedione）類藥物使用原則：

甲、葡萄糖失耐症(IGT)之病人不得作為預防性的治療。

乙、使用前後應有病患用藥安全評估，如：心臟、肝臟、腎功能狀態之描述，或其相關功能評估之檢驗（查）報告。(101/5/1)

丙、刪除。(101/5/1)(106/1/1)

丁、請檢附下列兩項資料：(97/5/1)(102/3/1)(106/1/1)

A.治療前後3至6個月 HbA1c 之報告。

B.治療前後飯前或飯後血糖值之報告。

戊、除對 metformin 不適或有禁忌症之患者外，未使用 metformin 則不得逕用 TZD。

(13)胃鏡診斷胃食道逆流疾病之比例超過同儕90分位之醫師需附原始胃鏡圖片備查，並加強審查。(97/5/1)

(14)使用胃管病患，如需施行胃減壓(47020C)，應於病歷記載其適應症。(97/5/1)

2.門診部分審查注意事項：

(1)處方由本院所調劑者，得另申報門診藥事服務費，處方交付調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。

(2)皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費，包括於門診診察費內，不得另行申報，但材料費得另計。

(3)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節之第一項至第四項中的尿液、糞便、血液學、生化學檢查費用，累計項次數達規定次數時，應折扣之規定，審查時須注意有無確實執行。(102/3/1)

(4)使用祛痰劑或誘痰劑時，如同時處方兩種以上止咳劑，或不當使用高價藥品者應加強審核。

(5)支氣管擴張症或慢性支氣管炎，如長期使用第二線或第三線高價抗生素，應加強審核。急性發作期可短期使用普通有效的抗生素。

(6)GOT、GPT 異常，門診得檢驗 HBSAG、Anti HCV。檢驗 Anti HBS 應依臨床需要(如急性 B 型肝炎恢復期)謹慎檢驗。(99/7/1)

(7)血液透析病患洗後 CCr＞10 ml/min 且每次 UF<2.0公斤應先減少透析次數為每週兩次，以觀察病患之 CCr 及腎功能變化，再決定日後之增減。(97/5/1)

備註：肌酐酸廓清率（Ccr）指可由24小時尿液之 Cr 排泄量測定之（measured Ccr），或由下列任一公式計算之（estimated Ccr） CG-GFR（Cockcroft-Gault）= 【（140-Age）× Bwt】/ （72 × Cr）×【1.73/ BSA】× 0.85（if female） MDRD-Simplify-GFR=186 × Scr $^{-1.154}$ × Age $^{-0.203}$ ×0.742 （if female）(97/5/1)

甲、但排除下列二種情況(即每週可考慮洗三次)：（104/1/1）

A.糖尿病、弱小及婦人等洗前 Cr≦6.0但 eGFR≦5ml/min（eGFR 以 MDRD 公式計算)。(97/5/1)（104/1/1）

B. UF<2.0公斤，但乾體重小於40公斤的患者則以乾體重的5%為限。

C.刪除（104/1/1）。

乙、透析案件應檢附下列資料：

A.開始透析日期及過去透析時間序列。

B.病患 BMI data。

C.殘留腎功能（residual renal function）及 CCR。

D.Albumin 檢驗值。

E.施行透析必要性之理由（如心、肺疾病、貧血等其他合併症）

(8)BC 肝治療計畫用藥審查原則

甲、ALT 上升情況或肝失代償情況(如 bilirubin >2mg/dL, PT prolong>3 sec）符合 BC 肝治療計畫所需條件情況下，可施行 HBV DNA 或 HCV RNA 定量檢查，三個月內不得重覆檢查。

乙、A.B 肝病患：治療前，治療時每六個月，臨床懷疑出現抗藥性，停藥時，停藥後第6個月及第12個月需作 HBV DNA 定量檢查。(108/3/1)

B. B 肝 e 抗原陽性，除上述 HBV DNA 定量檢查外，治療時，得每三個月加驗 HBeAg，直到 HBeAg 陰轉，且 Anti-HBeAg 陽性為止。(108/3/1)

丙、C 型肝炎，如以干擾素合併 Ribavirin 治療；治療前，治療時第四週，第十二週(如無 RVR)，停藥時(End of treatment)，停藥後第二十四週得作 HCV RNA 定量檢查。(108/3/1)

丁、此類案件送審時，應附6個月內病歷及合於抗病毒藥物使用規定之相關資料供參。(99/7/1)(106/1/1)

3.住院部分審查原則及注意事項：審查時應注意個案住院之必要性、住院日數之長短及病房種類(如加護病房等)之適當性。

(1)急性支氣管炎、肝炎、暈眩症等特定疾病住院，應符合特定疾病之住院基本要件。(詳附表十九)(102/3/1)

(2)住院處方用藥之審查，應依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。(一些管理不善院所，易出現長期未進行醫令重整，致使用藥物期間過長。)

(3)應注意病歷摘要之診斷、診療記錄及明細表是否相符。

(4)抗生素之使用，有些院所常以痰之培養結果做為使用高價抗生素之搪塞理由，應注意是否恰當，嚴加審查。若需使用高價抗生素應會感染科或胸腔內科醫師評估其必要性、若無會感染科或胸腔內科醫

師者，加強審查。(106/1/1)

(5)多數院所均有套裝生化檢查之設計，應注意同一住院期間，是否有必要多次進行相同之套裝生化檢查，除非必要否則應以單項複選之方式，做為住院期間之追蹤。

(6)糖尿病患者除非正在調整胰島素劑量，或是病況危急，對每日測三至四次血糖以上者，注意加強審查。

(7)細菌培養時未長出細菌，不可申報藥物敏感試驗。

(8)皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費包括於病房費中，不得另行申報，但材料費得另計。

4.急診部分審查原則及注意事項：急診定義及適用範圍依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表一「急診定義及適用範圍」規定辦理。(102/3/1)

5.其他注意事項：

(1)血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內。(106/1/1) 因癌症或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內。(108/3/1)

(2)腹膜透析及血液透析同時併作原則：

甲、血液透析之患者，若其透析量不足時，應增加其透析量，不應再併作輔助性之腹膜透析。血液透析量之增加，係指透析之時間每次至少四個半小時，在患者可承受之範圍內儘量增加其血液流速、使用之透析器體表面積大於或等於一・八平方公尺；若如此，而 Kt/V 仍無法達到一・二，可考慮增加血

液透析次數，但每週總透析次數以不超過四次為限。另請院所加強對患者營養、水份之攝取、理想體重之控制等衛教。

乙、原接受腹膜透析之患者，因腹膜功能缺損，致使增加腹膜透析量或增長透析液留置時間，總和 Kt/V 仍< 1.7或肌肝酸清除每週無法達到50公升/1.73平方公尺以上體表面積，得併用血液透析者，當月可酌予增加最多2次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。(100/5/1)(106/1/1)

(3)呼吸治療相關檢查、處置項目審查原則如下：(98/3/1)(109/5/1)

項目編號	項目名稱	審查原則
09041B	血液氣體分析	如病情確有需要者，於加護病房住院前十五天以內，以每天平均申報二次以內為原則。
17002B	Pimax and Pemax 最大吸(吐)氣壓	申報費用時應附紀錄，若為準備脫離呼吸器期間之檢查，執行前應有 Try weaning 動作之紀錄。(97/5/1)
17007B	標準支氣管擴張劑試驗	1. 定義：指先測定流速容積圖形檢查(flow volume curve)，吸入支氣管擴張劑十五分鐘後再重測 flow volume curve。 2. 限有氣道阻塞者方可申報。 3. 申報17007B 不得同時申報17003B、17004C。 4. 做擴張試驗，宜先做一般肺量測定，如肺量測定正常，不宜再做擴張試驗。
17017B	全階呼吸量測定	申報費用時應附紀錄，若為準備脫離呼吸器期間之檢查，執行前應有 Try weaning 動作之紀錄(97/5/1)

項目編號	項目名稱	審查原則
47045C	體位引流	1.施行47045C 體位引流應以(1)支氣管擴張症、(2)肺部塌陷、(3)嚴重的肺部感染有明顯的局部痰液滯留等為適應症並需有醫師處方。 2.執行者應詳細紀錄體位引流之適應性、體位引流方式、執行時間長短及執行前後療效之評估，包括理學檢查及胸部x光，實施過程並簽名，且視病情需要一天最多申報二次，實施期間以二週為原則，但仍以病情確有需要者為限。(99/7/1) 3.一般例行翻身不得以本項申報。 4.加護病房不另申報。(99/7/1)
56022C	氣管造瘻口處理	1.一天以申報一次為原則。 2.如因病情需要申報一次以上者，應檢附相關資料，供審查醫藥專家專業判斷。(102/3/1)
57007C	濕氣吸入治療	限人工氣道患者申報，使用呼吸器期間不得同時申報。
57009B	甦醒器使用(天)	1.定義：暫指manual resuscitation-bag之使用。 2.應依實際使用申報。
57012B	復原運動(次)	1.誘發性深呼吸運動(57011B)： (1) 係限胸腹手術後之病人申報，以一天一次，術後一週為原則。 (2) 此為手術前之衛教項目與訓練，以防止術後肺葉萎縮，手術後病人狀況改善後應立即停止。 2.呼吸運動(57010B)： (1) 針對COPD及其他慢性呼吸運動異常之病人之處置，以一天一次七天為原則。

項目編號	項目名稱	審查原則
		(2) 此為一種病人衛教項目，訓練病人正常呼吸的方法。 (3) 申報時附診斷與治療記錄。 3. 復原運動(57012B)： (1) 此為一種病人衛教項目。 (2) 復原運動為慢性呼吸困難病人以此項訓練使呼吸肌肉得以協調，從而減輕病人呼吸困難。 (3) 限慢性呼吸困難病人申報，申報時附診斷與治療記錄 針對前述病人之處置，以一天一次七天為原則；如實施胸腔物理復健以本項申報者，原則上一天不超過二次，二週為限。惟對病危或意識不清病患須嚴加審查。
57015B 57016B	經皮測氧分壓器(日) 經皮測二氧化碳分壓器(日)	1. 經皮測氧分壓器及經皮測二氧化碳分壓器限小兒病情需要確實有使用者申報。 2. 呼氣末二氧化碳分壓器，應依病情需要核實申報。
57017C 57018B	脈動式或耳垂式血氧飽合監視器(次) 脈動式或耳垂式血氧飽合監視器(天)	申報時需附紀錄。

項目編號	項目名稱	審查原則
57021C 57022C	蒸氣或噴霧吸入治療(次) 蒸氣或噴霧吸入治療(天)	1. 指手持式小容積化霧器：申報以未使用呼吸器之病人，如合併有COPD, bronchiectasis, asthma, pneumonia 或開胸(心)手術患者，需作藥物吸入治療者，所謂短期使用是指限於急性發作期，在醫師處方之狀況下使用。 2. 蒸氣或噴霧吸入治療及57024B 人工呼吸器噴霧吸入治療申報期間以二週內為原則，需配合藥物之使用。 3. 申報57024B 不得合併申報57021C、57022C。(99/7/1)
57024B	人工呼吸器噴霧吸入治療(天)	1. 限使用呼吸器利用吸入輔助器或小容積化霧器或 MDI，併有COPD, bronchiectasis, asthma, pneumonia 等呼吸道阻塞疾病或開胸(心)手術患者使用，需在病歷上記載適應症及使用後之療效，申報以二週為原則。(99/7/1) 2. 申報57024B 不得合併申報57021C、57022C。(99/7/1)

(4)加護病房申報費用已包括監視器【心電監視器（47032B）、無侵害性血壓監視器（47033B）及脈動式或耳垂式血氧飽合監視器（每次、每天）（57017C、57018B）】。(109/5/1)

(5)初次胃鏡檢查有消化性潰瘍者得以取組織檢體施行幽門桿菌檢查（包括病理組織化驗或 rapid urease test），若消化性潰瘍病例經過初次幽門桿菌清除治療後，發現消化性潰瘍復發，於同一院所懷疑再次感染或前次治療失敗時得以再度施行幽門桿菌檢查，同時應附前次胃鏡及治療紀錄。(101/7/1)

備註:(106/1/1)

甲.「潰瘍」之範圍包括「活動性潰瘍」、治療中「癒合性潰瘍」，以及曾接受過治療「已結疤潰瘍」等。

乙.內視鏡檢查時，可施行病理組織切片或胃鏡快速尿素試驗(CLO test)，以釐清此潰瘍是否因幽門螺旋桿菌感染引起。

(6)醫療院所行心導管檢查，於審查需要時，應檢附心導管檢查報告備查。(109/5/1)

(7)實施心導管或冠狀動脈擴張術後之包紮治療術及彈性繃帶應內含於相關費用內，不另給付。

(8)刪除。

(9)經皮冠狀動脈擴張送審所需之基本資料 (97/5/1)(99/7/1)(101/5/1)

甲、病歷記錄：有詳細之病人病史、身體檢查檢驗等資料。

乙、非侵襲性心肌缺氧證據資料。

A.心電圖。

B.24小時心電圖（有嚴重心律不整或心肌缺氧者）。

C.壓力測試(stress testing)。

(A)運動心電圖。

(B)鉈201心肌灌注檢查。

(C)放射核醫心臟血管造影檢查。

(D)超音波心臟圖。

(E)其他壓力測試陽性反應者。

註：乙類其中任何一項即可。

丙、提供心導管、PCI 施術資料如術前及術後病灶之（a）管徑之改變，（b）最後病灶狹窄%及（c）照片及（d）PCI 施術之光碟片。(99/7/1)

(10)心臟超音波檢查與核子醫學心室射出分率檢查原則應擇一使用，心肌灌注掃描(26025B)與心室搏出分率(26044B)原則亦應擇一使用，特殊個案需二項同時施行者，依個案認定，申報費用時應檢附完整相關報告。(108/3/1)

(11)心臟超音波檢查：

甲、18005C (超音波心臟圖)可依適應症與18006C(杜卜勒氏超音波心臟圖)或18007C(杜卜勒氏彩色心臟血流圖)合併申報。(109/5/1)

乙、18007C 已含18006C 之精神，不宜合併申報。(109/5/1)

丙、刪除(99/7/1)

丁、心臟超音波檢查(18005C, 18007C)、24小時心電圖(18019B)與極度踏車運動試驗(18015B)或心肌灌注掃描(26025B)原則應擇一至二項使用，特殊個案需多項同時施行者，依個案認定，申報費用時應檢附完整相關報告。(108/3/1) (109/5/1)

(12)核子醫學心肌灌注掃描適用於以臨床狀況或其他適當檢查無法判斷的病人，可分為壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描（26025B）與靜態心肌斷層灌注掃描(26024B)，其審查注意事項如后（中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇〇六一二七號函）：

甲、壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描 (26025B)：

A.心肌梗塞後測定心肌存活度及潛存缺氧以評估預後。

B.心絞痛患者測定心肌缺氧所在與冠狀動脈病灶之關聯。

C.症狀明顯之冠狀動脈疾病病患測定心肌缺氧嚴重度及範圍與

冠狀動脈病灶之關聯；症狀不明顯之病患併運動心電圖異常者，心肌灌注掃描有助於評估心肌缺氧嚴重度及主要病灶所在。

D.冠狀動脈介入性治療前評估-釐定引發心肌缺氧之冠狀動脈病灶。

E.非心臟之重大外科手術之術前心臟併發症風險評估。

F.冠狀動脈介入性治療術後發生血管再狹窄檢測。

G.冠狀動脈繞道手術術後心肌缺氧之檢測。

H.先天性心臟異常患者釐定心肌缺氧嚴重度及範圍。

I.瓣膜性心臟疾病患者測定心肌缺氧與冠狀動脈病灶之關聯。

J.特發性心肌病變患者測定心肌缺氧與冠狀動脈疾病之關聯。

K.心臟移植患者測定是否有冠狀動脈病變。

L.先前進行運動心電圖檢查無法完成（因病人體力、行動等因素）而未能夠判斷或檢查為陽性，但病人臨床狀況確有需要釐清者。

乙、靜態式心肌灌注掃描(26024B)：

具有下列 A 或 B 項情況而患者無法接受動態檢查時。

A.心肌梗塞後病患測定心肌存活度及潛存缺氧以評估預後。

B.心絞痛病患測定心肌缺氧所在與冠狀動脈病灶之關聯。

(13)行鎖骨下靜脈穿刺或頸靜脈穿刺插入 y 型管進行血液透析時，使用一般性單管(single lumen)插入者，按47015B(中央靜脈導管置入術)支付；使用雙管(double lumen)插入者，按69006C(血液透析用之血管插管)支付。

(14)對用 UGI series 診斷消化性潰瘍案件陽性率超過百分之七十五者，應加強調原片請放射科醫師查核。

(15)肺功能檢查之審查，應注意其所附報告之品質。(97/5/1)

甲、檢查17003C（流量容積圖形檢查）肺部結果是正常者，不應申報17006C（支氣管擴張劑試驗）及17007B（標準支氣管擴張劑試驗），但可作17019C（支氣管激發試驗）。(109/5/1)

乙、檢查17003C（流量容積圖形檢查）有氣道阻塞異常者，為進一步評估可做17006C（支氣管擴張劑試驗）或17007B（標準支氣管擴張劑試驗）。(109/5/1)

丙、已確診阻塞性肺疾病,急性發作期患者不宜進行以上檢查。

丁、17006C（支氣管擴張劑試驗）不可與17019C（支氣管激發試驗）同時申報。 (109/5/1)

(16)對未執行電刺激檢查，僅執行心臟電氣活動記錄者，只能以電氣生理檢查－一般性（18024B）項目申報，如有執行電刺激檢查或於檢查中使用藥物並記錄心臟電氣活動，方得申報電氣生理檢查－複雜性（18025B）。

(17)使用降血脂藥物時，請依規定檢附檢驗資料影本。(97/5/1)

(17-1)降血脂藥物審查原則：

甲、高血脂用藥指引請參考藥品給付規定。(101/5/1)(102/3/1)

乙、針對高 TG(三酸甘油脂)之治療，除了依全民健保規範之藥品使用原則之外，應以 fibrate 類為首選降血脂藥。(101/5/1)

丙、完整的血脂檢查包括 Total cholesterol、LDL-C、HDL-C、Triglyceride，其中 LDL-C 不宜以”可以公式計算”為由刪

減。(101/5/1)

丁、同一個案多次執行 LDL-C 低密度脂蛋白－膽固醇(09044C)之適當性：(108/3/1)

A. 初次篩檢 LDL-C 高於標準數值，3個月後再進行複檢為原則。

B. 非藥物治療時，每3-6個月檢查一次為原則。

(17-2)送審之醫療費用案件，請依藥品給付規定第2節心臟血管及腎臟藥物2.6.1「全民健康保險降血脂藥物給付規定表」之處方規定，檢送該案處方之抽血檢查報告。(106/1/1)

(18)透析日期及 EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)注射紀錄表及洗腎異常動態表供審查參考。(詳附表七、八)(105/1/1)(106/1/1)

(19)刪除(101/5/1)

(20)肝炎帶原者於初次應診時可做肝功能檢查，若初次檢查正常者，應間隔三個月以上才可複驗，若檢查不正常者，得視臨床需要增加檢查項目及次數。

(21-1)肝硬化患者可每三個月做一次超音波檢查。(96/4/1)

(21-2)申報腹部超音波檢查醫療費用時，若無相關症狀或理學檢查之記載等，應不予給付。(96/4/1)

(21-3)對於腹部超音波--追蹤性檢查(診療代碼19009C)其適用於同一病人為同一疾病之目的之再次腹部超音波檢查，為申報適用原則。(96/4/1)

(21-4)對於慢性 B、C 型肝炎在追蹤中發現有疑似惡性病灶，建議首次間隔2個月實施一次腹部超音波檢查，若無明顯變化，則改相隔

3個月實施一次腹部超音波檢查--追蹤性檢查（診療代碼19009C）為適用原則。(101/7/1)

(22)腫瘤標記應注意其特性，非所有癌症患者皆需安排各類腫瘤標記檢查，應依其所患癌症及其臨床需要檢查，腫瘤標記檢查不宜作為癌症篩選使用，申報超過1次以上者，宜予審查核刪為原則，若有特殊情況需重覆檢查應於病歷記載檢查之適應症，以利審查。(97/5/1)

(23)長期留置 Port-A 病患於化療期間每日之換藥，限以48010C（手術、創傷處置及換藥－傷口處置）項申報一次。

(24)低血球時期(WBC 總數少於1,500或血小板少於50,000)，應可考量每日檢查08011C【全套血液檢查 I （八項）】一次。

(25)週邊幹細胞的收集，申報分離術白血球(一次，相當於從3000cc 血液分離出白血球濃厚液）向捐血中心、家屬或親友取血（93008C）原則上不得超過六次。進行周邊幹細胞輸注時，不可申報異體骨髓移植術（94201B）及自體骨髓移植術（94202B），可申報一般輸血（94001C）。

(26)刪除（104/1/1）

(27)「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫審查重點：（97/9/1）

甲、使用呼吸器天數及入住各階段天數

A. 若少於規定天數-注意病情的需要性。

B. 若大於規定天數應注意延長住院及回轉的原因-合乎申請標準。（97/9/1）

乙、檢查的必要性

A. 血液氣體分析--按審查注意事項規定。

B. X光常規檢查--胸部X光檢查，有必要或特殊處置後再照。

C. 生化檢查--SMA 套裝式檢查不合時宜，應該依必要性逐項申請。

D. 血液常規檢查--不必每天做，有必要或特殊處置後再做。

E. 脈動式血氧飽和度偵測—不應例行申報，應依血氧濃度變化之必要性申報，並附紀錄。

F. 脫離指標

(A)最大吸(吐)氣壓—有機會脫離者方可申報，並附紀錄。

(B)全階呼吸量測定--有機會脫離者方可申報，並附紀錄。

丙、處置的必要性

A. 體位引流-有一定的適應症及時限，並附紀錄(依審查注意事項)，僅做翻身不能申報。

B. 呼吸復健-有一定的適應症及時限，並附紀錄(依審查注意事項)，僅做翻身不能申報。

C. 噴霧治療-不應形成常規性處置，須依審查注意事項、適應症及時限申報。

D. 氣管造廔口處理-每日申報一次，如有需要增加，應附紀錄。

丁、藥物使用

A. 支氣管擴張劑-如噴霧治療之規定(依審查注意事項)。

B. 抗生素-依抗生素使用規範處理。

C.化痰劑-原則上以一種為限。

D.點滴式肌肉鬆弛劑及鎮定劑以需要性適度申報，應列為審查重點。

戊、其他

A.會陰清洗-內含於護理費，不另外申報。

B.冷敷、熱敷-依需要申報。

C.胃灌食-依需要申報。

D.靜脈幫浦（IV pump）胃引流－依需要申報。

己、應注意病患轉介來源—由醫學中心下轉或由中小醫院、安養院轉診。

庚、因病情變化，需實施必要之檢查或處置，應紀錄在病程紀錄中。

辛、入住RCW180天或使用呼吸器243天以上者，應加強審查或實地訪查，以評估是否可轉機構照護。（97/9/1）

壬、RCW（呼吸照護病房階段）審查原則【如附表】。（101/5/1）

(28)結核病案件之審查原則：(96/4/1)

甲、為顧及病人服藥安全，醫師得依專業判斷及衛生福利部疾病管制署修訂之「結核病診治指引」，以開立一般處方箋，或總劑量1個月之慢性病連續處方箋。(102/8/1)

乙、如經醫師診治認為有開立總劑量1個月以上慢性病處方箋之情況者(例如病人需長期出國超過一個月者)，醫師應詳述理由。

丙、對於開立總劑量一個月以上慢性病連續處方箋之院所，將依

檔案分析結果加強審查。

丁、住院審查原則：（104/1/1）

A.急性症狀、服藥有無法忍受的副作用、診斷未明、結核併發症為主、會造成傳染之問題而須住院。（104/1/1）

B.痰抹片檢查持續陽性之開放性肺結核病患隔離病房住院天數以14天為原則，隔離病房大於14天者，須於病歷清楚載明持續住院之理由。(99/7/1)(100/1/1)(104/1/1）

戊、依衛生福利部疾病管制署所訂之「結核病診治指引」規定為審查原則。(101/5/1)(102/8/1)

(29)透析治療造管及植管之執行時機：(96/4/1)

甲、醫師對需要開始長期透析治療的慢性腎臟病患者，應充分告知不同透析方式之優缺點，並提供病人選擇透析治療方式之機會，始得建立永久性血管通路或植入固定式導管，惟尿毒症狀嚴重需經由暫時性導管施行緊急透析治療之患者除外。

乙、血液透析部分：(101/5/1)

A.暫時性導管:

(A)暫時性導管之定義：包含血液透析用之血管插管（自靜脈到靜脈）（69006C） 及固定式中心靜脈導管 （治療性導管植入術 — 希克曼氏導管植入術（47059B）或內頸靜脈切開，永久導管放置術（69039B）

(B)暫時性導管之時機：重度腎衰竭【定義為肌酸酐清除率（Ccr）小於15 ml/min 或肌酸酐（Cr）大於6.0 mg/dl】，且伴有下列任何一種尿毒併發症者：(106/1/1)

a.心臟衰竭或肺水腫

b.心包膜炎

c.出血傾向

d.神經症狀：意識障礙，抽搐或末稍神經病變

e.藥物難以控制之高血鉀

f.藥物難以控制之嚴重酸血症

g.藥物難以控制之噁心、嘔吐

h.惡病體質（cachexia）

i.重度氮血症（BUN > 100 mg/dl）。

若不符上述狀況，醫師應於病歷中詳細記載並呈現必須使用暫時性導管之理由。

B.永久性血管通路形式之選擇與優先順序

(A)血管通路以末稍血管修補及吻合術（69032C）為首選。

(B)若以上兩種瘻管無法做成時，可以植入動靜脈造廔術合併人工血管使用（兩處吻合）（69034C）作為血管通路。

(C)無法做自體動靜脈瘻管或人工血管植入者可選擇植入固定式中心靜脈導管（治療性導管植入術 — 希克曼氏導管植入術（47059B ）或內頸靜脈切開，永久導管放置術（69039B））或將病人轉至腹膜透析治療。

C.建立血管通路之時機

(A)糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管手術的時機：

a.肌酸酐清除率（Ccr）小於15 ml/min，或

b.肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl，或

c.預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

(B)糖尿病腎病變患者接受人工血管（AV graft）手術的時機：

a.肌酸酐清除率（Ccr）小於12.5 ml/min，或

b.肌酸酐（Cr）大於7 mg/dl，或

c.預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

(C)非糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管或人工血管 (AV graft)手術的時機：

a.肌酸酐清除率（Ccr）小於10 ml/min，或

b.肌酸酐（Cr）大於8 mg/dl，或

c.預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

(D)體重低於30公斤以下兒童：肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl

4歲以下之兒童：肌酸酐（Cr）大於5 mg/dl

D.病人因故必須接受血管通路重建時，醫師應於病歷中詳細記載並呈現原血管通路無法繼續使用之原因。

丙、腹膜透析部分：

A.植入腹膜透析導管之時機：(101/5/1)

預期開始長期腹膜透析前至少兩週或以上。

B.糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術的時機：

(A)肌酸酐清除率（Ccr）小於15 ml/min，或

(B)肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl，或

(C)預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

C.非糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術的時機：

(A)肌酸酐清除率（Ccr）小於10 ml/min，或

(B)肌酸酐（Cr）大於8 mg/dl，或

(C)預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

D.體重低於30公斤以下兒童：肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl

4歲以下之兒童：肌酸酐（Cr）大於5 mg/dl。

(30)冠狀動脈介入性治療，應註明治療時間並檢送清楚影像或照片提供審查。(97/5/1)

(31)診斷睡眠呼吸中止之檢查，睡眠多項生理檢查（17008B）不得另行申報57018B脈動式或耳垂式血氧飽和監視器。(101/5/1)

(32)胸腔肋膜積水放置豬尾巴引流術,得比照胸管插管(56010B)申報。(97/5/1)

(33)睡眠多項生理檢查之審查原則 ：(97/5/1)

甲、Total recording time，6小時（MSLT除外）。

乙、睡眠多項生理檢查，應依病情需要慎選個案，並需檢附醫師及技術人員判讀簽名之報告。對檢查頻率及檢查結果為正常過多之醫療院所加強審查。

丙、報告內容應包含total recording time、total sleep time、sleep efficiency、sleep onset latency、REM latency、sleep stages histogram、apnea-hypopnea index（AHI）（或respiratory disturbance index，RDI），periodic leg movement（及index），arousal（及index）

丁、CPAP調壓檢查應有前次PSG報告（或病歷記載），報告應包含Titration Chart。CPAP適用條件應符合下列條件其中之一:(1)AHI值至少15/H以上或(2)AHI值介於5~15/HR且合併臨床症狀（白天過度嗜睡、認知功能受影響、情緒障礙或失眠及共病）或(3) AHI值介於5~15/HR且合併共病症（高血

壓、缺血性心臟病或腦中風病史）。(107/07/01)

(34)化學治療審查注意事項：(97/5/1)

甲、應注意是否執行不必要之住院治療及不必要之常規檢查。

乙、化療後造成血球減少之案例應注意是否 CBC 檢查過於頻繁。

丙、癌症患者轉院治療時，承接之醫院應瞭解在前面醫療院所使用之化療品項、名稱及反應情形。

丁、審查時應注意不合理之延長化學藥物注射時間，以增加申請化療處置費之情形。

(35)新鮮冷凍血漿（FFP）及冷凍血漿（FP）的使用應符合適應症，使用於白蛋白低下時的營養補充，宜予審查核刪。(101/5/1)

(36)心臟超音波不宜做為症狀輕微或無症狀瓣膜疾病且病徵或徵候無變化之成年患者之每年例行追蹤檢查項目。（104/1/1）

(37)非靜脈血栓性栓塞（VTE）高風險病患，不宜逕以影像檢查作為排除 VTE 篩選的工具。（104/1/1）

(38)對肺栓塞低風險族群的病人，不宜逕以影像檢查做為肺栓塞的確診或排除工具。(104/1/1)

(39)若臨床上無症狀，已治療的乳癌患者並不需要常規接受 tumor marker、PET、CT 及 bone scan 檢查。（104/1/1）

(40) linezolid 藥品與 vancomycin 藥品不得併用，無特殊原因使用不得超過14天。(106/1/1)

(41) 13023C(細菌最低抑制濃度快速試驗)需經13009C-13011C(細菌藥物敏感性試驗)或13020C-13022B(抗生素敏感試驗 MIC 法)分離出

多重或全抗藥性菌種檢查後施行，送審時需檢附分離出多重或全抗藥性菌株之相關檢驗報告。(106/1/1) (109/5/1)

(42)門診胃鏡與大腸鏡不宜同時申報，如有需求應於病歷詳述理由。(106/12/1)

(43)執行上消化道泛內視鏡檢查不應例行使用免疫組織化學染色來判讀幽門螺旋桿菌是否存在。若有萎縮性胃炎、腸上皮化生、疑似胃癌病灶或不明原因之活動性胃炎或病變之情況時，得再以免疫組織化學染色進一步確認。(109/5/1)

6.凝血因子審查原則：(106/12/1)

(1)開立凝血因子處方時，應按身體評估結果於病歷敘明用藥目的（預防性注射或出血時注射），且需紀錄1個月內之體重。(106/12/1)

甲、若出血時注射凝血因子，病歷應詳載具體出血部位，需要時應檢附出血徵兆照片或檢查影像。

乙、申報凝血因子繞徑治療藥物之送審案件，應檢附最近6個月內之凝血因子抗體力價檢驗報告。

丙、若個案有併用藥物或其它因素可能導致加重急性出血傾向者，病歷應詳載出血原因評估內容。

(2)高抗體病人接受免疫耐受性誘導(Immune tolerance induction,ITI)治療6個月後，檢測抗體力價無下降者，表示療效不彰，應停止 ITI 治療，改用經繞徑藥物治療如 rFVIIa 或 aPCC 藥物。(106/12/1)

(3)繞徑治療藥物續用之審查原則：(106/12/1)

甲、發生第八因子抗體之 A 型血友病人高反應者：

A、出血時抗體>5 BU/mL，使用繞徑治療藥物超過2週，應敘

明續用原因。

B、小手術使用繞徑治療藥物超過1週，應敘明續用原因。

C、重大手術使用繞徑治療藥物超過2週，應敘明續用原因。

乙、發生第九因子抗體之高反應 B 型血友病人，且對第九因子沒有過敏反應，出血時使用繞徑治療藥物超過2週，應敘明續用原因。

丙、A 型或 B 型且有高反應抗體存在之血友病病人：

A、接受骨關節手術後，因應復健需求使用繞徑治療藥物超過1個月，應敘明續用原因。

B、發生顱內出血或後腹腔出血接受治療穩定後，使用繞徑治療藥物超過3個月，應敘明續用原因。

丁、後天型血友病人急性出血治療：(106/1/1) (106/12/1)：

A、並非所有出血症狀都需要使用繞徑藥物治療，如果是皮下出血且範圍及症狀輕微時可以不必使用繞徑藥物治療。出血之嚴重度必須文字及圖片說明。

B、後天型血友病患者的出血情況和第八因子抗體強度或第八因子活性沒有絕對相關關係。

C、Transamin 是一種有用的輔助治療，特別對於黏膜出血有效，但有泌尿道出血時要避開使用，和 APCC 併用時要小心血栓的發生。

D、嚴重出血時，使用繞徑治療藥物超過1個月，應敘明續用原因。

E、需侵襲性處理或緊急手術時，使用繞徑治療藥物超過2

週，應敘明續用原因。

7.無線電頻率燒灼系統(RFA)審查原則：(106/12/1)

(1)單針電極限用於腫瘤小於3公分以下，腫瘤數目少於等於3個為原則；腫瘤大於3公分者申請使用1支單針即可處理者，可予同意。

甲、內科處置時腫瘤位置鄰近，申報1支；腫瘤位置較遠而無法一次完成者，不同次 治療得另申報1支。

乙、外科手術時，雖不同位置，僅能申報1支。

(2)雙針組電極限用於腫瘤大於3公分(含)小於5公分，腫瘤數目少於等於3個。

(3)三針組電極限用於腫瘤大於5公分(含)的單一腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。

(4)申請電極間隔無須限制，鼓勵及早發現、及早治療。

(5)符合使用雙針或三針電極之條件者，不得申請使用單針電極2或3支。

(6)申請及送審時需檢附 CT 或 MRI 影像報告。

8.經內視鏡括約肌切開術(Endoscopic sphincterotomy，EST，56031B)審查原則：(106/12/1)

(1)送審時應檢附之資料：

甲、膽管狹窄部位及程度報告。

乙、相關之生化及血液學檢驗數據。

丙、完整 EST 手術報告(含手術前後可供判讀之膽道影像及彩色內視鏡影像)。

(2)重複執行 EST 者

甲、短期內接受再次切開應視為第一次處置不完整之後續處置，如有特殊原因應附圖說明。

乙、同病人施行 EST 處置依醫理1次足供臨床使用，若經臨床醫師依專業判斷需執行第2次，建議間隔3個月以上。

9.免疫製劑審查原則：

(1)Etanercept(如 Enbrel)、adalimumab(如 Humira)、tocilizumab（如 Actemra）用於活動性多關節幼年型慢性關節炎兒童：(106/12/1)

甲、疾病認定以發病時之年齡計算，如果發病年齡小於 17 歲但申請時年齡已超過 17 歲，則依據成人關節炎之給付規定審查。

乙、關節腫脹之相關照片包括超音波、核磁共振攝影等關節腫脹圖片。

(2)Etanercept(如 Enbrel)、 adalimumab（如 Humira）、golimumab（如 Simponi）、 abatacept（如 Orencia）、tocilizumab（如 Actemra）、tofacitinib（如 Xeljanz）用於類風濕關節炎病人：(106/12/1)

甲、關節腫脹之相關照片包括超音波、核磁共振攝影等關節腫脹圖片。

乙、繼續申請療效之再評估，DAS28 總積分之進步程度需與初次申請該生物製劑時之 DAS28 相比較。

(3)Adalimumab（如 Humira）、 etanercept（如 Enbrel）、golimumab（如 Simponi）用於僵直性脊椎炎治療：繼續申請療效之

再評估，BASDAI 總積分之進步程度需與初次申請生物製劑時之BASDAI 相比較。(106/12/1)

（4）Adalimumab（如 Humira）、 etanercept（如 Enbrel）、golimumab（如 Simponi）、ustekinumab（如 Stelara）用於活動性乾癬性關節炎－乾癬性周邊關節炎治療：(106/12/1)

甲、關節腫脹之相關照片包括超音波、核磁共振攝影等關節腫脹圖片。

乙、Ustekinumab 申請初次治療者，應檢附使用抗腫瘤壞死因子治療前與治療後最近一次之 PsARC 評估。

（5）Adalimumab（如 Humira）、 etanercept（如 Enbrel）、golimumab（如 Simponi）用於活動性乾癬性關節炎－乾癬性脊椎病變治療：繼續申請療效之再評估，BASDAI 總積分之進步程度需與初次申請生物製劑時之 BASDAI 相比較。(106/12/1)

（6）Abatacept 靜脈注射劑（如 Orencia IV）用於幼年型慢性關節炎治療：關節腫脹之相關照片包括超音波、核磁共振攝影等關節腫脹圖片。(106/12/1)

10.「潛水病(減壓病)或急性氣栓塞症(59002B)」及「潛水病(減壓病)或急性氣栓塞症(59015B)」審查原則：(109/6/1)

(1)「潛水病(減壓病)或急性氣栓塞症(59002B)」限輕微潛水減壓病/或經 59014B 及 59015B 治療後的後續治療/以及異壓性骨壞死等慢性潛水病使用；「潛水病(減壓病)或急性氣栓塞症(59015B)」限治療第一型潛水減壓病(輕微型)及空氣栓塞症」。

(2) 有關潛水病、一氧化碳中毒、氣壞疽病等治療黃金治療期為診斷後3-5 天。

(3) 高壓氧治療執行頻率最多 1 天 2 次(如有必要，一氧化碳及其他毒化物中毒，不受 1 天 2 次的限制)，治療共計約 10 次為宜。若因病情變化而與先前症狀有異，可延長再治療最多 10 次。

甲、急性潛水病(減壓病)或急性氣栓塞症之積極治療為 2 週內，執行頻率最多 1 天 2 次共計 10 次為宜，病歷需載明依潛水病之病史、症狀與型別等(第 1 型或第 2 型)來決定治療執行頻率，需延長治療期者，應詳述原因於病歷。慢性潛水病如異壓性骨壞死可執行 20 次治療，最多延長至 40 次，並詳述原因於病歷。

乙、一氧化碳及其他毒化物中毒建議分為急性期及遲發期治療兩種模式：

A、急性期1-2週之內均為積極治療期，須接受高壓氧治療。屬於急重症、病危者以59003B 申報，須入院治療。病況改善後仍有需治療者、則續以59004B 申報。一氧化碳中毒後若有明顯神經精神後遺症(DNS)者，並有影像學、病歷、及神經精神量表佐證者，治療期可延長。

B、一氧化碳中毒的延遲性神經精神後遺症可能會在1週或1個月後發生，延遲性神經精神後遺症應可在1週或1個月發生後繼續治療遲發性腦病變，則建議註明病史、症狀，加上神經學檢查、智能精神評量及腦部影像檢查後，依病情的嚴重度以10次為療程單位予以評估，依文獻報告及治療經

驗最多可達40次治療，且效果顯著。

丙、氣壞疽病黃金治療期約 7-14 天。1 週之內為氣壞疽病治療黃金期，屬於急重症、病危者以須入院及手術治療，並須接受高壓氧治療。每日 1-2 次高壓氣治療。病況改善後仍有需傷口治療者、而治療期以不超過 14 天為宜(10 次高壓氧治療）。需檢附病歷、影像學、手術紀錄及照片佐證備查。

全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫審查重點之加護病房、呼吸照護中心及呼吸照護病房各項診療項目一覽表

	加護病房	呼吸照護中心	呼吸照護中心	呼吸照護病房
使用呼吸器天數	小於21天	22-42天	43-63天	大於63天
血液氣體分析	按審查注意事項	有必要再做	有必要再做	有必要再做
X光常規檢查	有必要再做	有必要再做	有必要再做	有必要再做
生化檢查	依病情需要申報	常規檢查每週以一次為限，若病情需要則不在此限	有必要再做	有必要再做
血液常規檢查	依病情需要申報	依病情需要申報	有必要再做	有必要再做
血氧濃度偵測	附紀錄	附紀錄	有必要再做	有必要再做
脫離指標	附紀錄	附紀錄	有必要再做	有必要再做
體位引流	附紀錄	附紀錄	僅做翻身不能申報	僅做翻身不能申報
呼吸復健	附紀錄	附紀錄	僅做翻身不能申報	僅做翻身不能申報
支氣管擴張劑	依適應症，時效，附紀錄	依適應症，時效，附紀錄	有必要再做	有必要再做
噴霧治療	依適應症，時效，附紀錄	依適應症，時效，附紀錄	有必要再做	有必要再做
一般復健	有必要再做	有必要再做	有必要再做	有必要再做

附表

呼吸照護病房階段（包括一般病房之呼吸器依賴病患）審查原則

審查面向	審查原則
記錄品質方面： 審視病程紀錄 (Progress Note)、護理紀錄、呼吸治療紀錄 (RT Sheet) 及生命跡象紀錄 (TPR Sheet) 等內容記載完整性，一致性及個別性。	1. RCW每日應依病況變化至少有1次完整的病程紀錄及3次完整的護理紀錄。 2. 病程紀錄應包含呼吸型態評估、設定，並依變化詳載原因、處理方式及病人反應。 3. 相關之檢查檢驗，應有詳實之紀錄與判讀。
醫療照護品質方面： 審視醫療診斷正確性，是否有針對呼吸衰竭之病因且依治療目標給予合適之治療與照護。	1. 一般醫療照護品質。 (1) 突發狀況、急性病變、慢性病變等處置合理性。 2. 每月至少執行一次呼吸相關之醫療照護品質評估。 (1) 呼吸系統之完整評估。 (2) 評估及訂定病患之醫療目標： 甲.仍屬呼吸器困難脫離 乙.為呼吸器依賴病患(應述明呼吸器依賴之判斷及評估方式) 3. 呼吸器病人生活品質： (1)定期之營養之評估、監測及介入。 (2)特定病患之吞嚥、語言、溝通互動之教導及成效。 (3)特定病患之床邊復健。
呼吸器照護計畫及執行品質方面： 依治療目標訂定呼吸照護計劃及執行品質。	1. 應評估病患仍需使用呼吸器之原因，擬定照護目標。 2. 對加強呼吸器脫離患者，應執行 (1) 依個案制訂合理之呼吸訓練及呼吸器脫離計畫。

	(2) 對困難脫離的病患，應探究其失敗原因並盡可能矯正之。 (3) 無法脫離呼吸器主要原因是否已排除。 (4) 呼吸器病人治療計畫妥適：病人每兩週有進行呼吸器脫離之再評估，提供適當之呼吸訓練，對於病情穩定無法脫離呼吸器患者提供居家照護之評估。 3. 對呼吸器依賴患者應有妥善之照護計劃。

(三)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-外科

1. 手術病患因病情需要予以備血未使用時，備血之交叉試驗以不超過兩次為原則，並應附檢驗報告，申報費用時須註明「備用血」。備用之輸血套以一副為原則。

2. 傷口之處置、換藥之審查原則：

(1)多處傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。(106/1/1)

(2)診斷為燒傷之個案，應註明燒傷之種類、嚴重度，佔體表面積百分比及部位。

(3)燒傷住院病患之傷口處理：

甲、一天或數日換一次者：

第一次以48014C 至48017B、48029B、48030B 給付，第二次後若無開刀處理之傷口，以48014C 至48017B、48029B、48030B 支付，經手術後再以48018C 至48021B、48031B、48032B 支付，並應以每十五日為單位，逐漸以較低之次一面積項目申報，若有特殊情況，須持續實施燒傷換藥者，送審時需檢附照片。(101/5/1) (106/12/1)

乙、一天二次(含)以上者：

應詳加說明，依實際換藥次數以48014C 至48017B、48029B、48030B 支付。(101/5/1) (106/12/1)

(4)未設置燒傷中心，燒傷病房之特約住診醫院，申報48014C至48021B、48029B至48032B項，超過二天應檢附病患照片憑核，否則以一般換藥給付。(101/5/1)

(5)門診病患實施燒傷處置、換藥，第一次可申報48014C，第二次至第四次得申報48018C，其後限申報48013C，48018C部分如須延長應詳加說明。每次申報需檢附處理前、後之彩色照片，以利審查。

(6)燒傷患者申請重大傷病，應檢附燒傷體表面積之圖示。

(7) 燙傷換藥面積在手術後加大，不可用加大傷口申報，取皮處可用以48018C至48021B、48031B、48032B支付。(106/12/1)

(8)申報深部複雜創傷處置（48004C~48006C）及臉部創傷處理（48022C-48024C，48033C-48035C），應檢附彩色照片，會陰部位擴創術除外。

(9)申報48014C及48018C時，應為傷口大於25平方公分或0.5%TBSA(Total body surface area)，已達第二度燒燙傷範圍並附上清晰之照片。（103/6/1）

(10) 申報支付標準診療項目62007C(皮膚全層植補術FTSG-<10平方公分)、64208C(軟組織良性腫瘤切除術，大或深)應檢附照片或手術紀錄供審查作業參考。(106/1/1)

3.刪除(101/5/1)

4.凡門診可行之小手術，原則不得住院，如有特殊狀況，應註明原因。

5.施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。(106/12/1)

6. 手術過程用於灌洗之藥品如 balance salt solution 及 physiologic irrigating solution 等，應包含於手術之一般材料費內，不另給付。

7. 顯微血管游離瓣手術(62032B 至62038B)須同時取得不同部位之游離皮瓣、肌肉、骨骼時，以主手術給付。(101/5/1)

8. 重要部位(如臉部、會陰部)或功能部位(如手部及關節處)以外部位之植皮，以分層皮膚移植(Split thickness skin graft)為原則。(106/12/1)

9. 頭部外傷合併腦膜外血腫、腦膜下血腫及腦內血腫，若為同一手術刀口，應只以支付點數最高者申報一項。

10. 刪除（103/6/1）

11. 申報72032B、72046B、72047B 者為胃癌切除及淋巴結清除，故淋巴結轉移狀況病理報告應有各個位置（各站 location），及淋巴結清除之個數與轉移淋巴結之個數，且總取下之淋巴結個數應≧16個。

12. 申請「淋巴清除術」者，以病理報告為審核依據。病理報告中應說明不同區淋巴檢體數，如淋巴檢體數只是少數，在腫瘤附近者，則不另給付。(例如：1. 肺癌病人行肺葉根除術者(即包括 N1及 N2淋巴清除)，其病理報告中應說明分區各個淋巴群(N1及 N2 nodes)有無受癌細胞侵犯，一般淋巴總數應在15個以上。2. 食道癌如實施胸腔、腹部，甚至頸部等二或三大不同區的淋巴清除時，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節規定辦理，並應附

手術說明及明確淋巴病理報告憑核。)(102/3/1)(108/3/1)

13. 靜脈曲張手術之審查原則：

(1)大隱靜脈系（Ａ）：

甲、大隱靜脈、股靜脈瓣逆血--單側以69014B，雙側以69015B 給付。

乙、穿通枝逆血--單側以69019B、雙側依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節規定辦理。(102/3/1)

丙、甲＋乙--單側以69019B×1 + 69014B×1/2-- 雙側依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節規定辦理。(102/3/1)

(2)小隱靜脈系（Ｂ）：小隱靜脈、膝靜脈瓣逆血，單側以69014B，雙側以69015B 給付。

(3)（Ａ）＋（Ｂ）：單側以69016B 給付，雙側以69017B 給付。

14. 尿毒症病人行動靜脈廔管成形術，永久性血管通路形式之選擇與優先順序，請參照內科審查注意事項。(101/5/1)

15. 髮線以內之頭部受傷，不屬臉部創傷，應依傷口實際深淺情形列報費用。

16. 直接侵犯視為同一病巢，遠處移轉則為不同病巢，例如：結腸癌侵犯膀胱並有肝臟轉移時，膀胱手術視為同一病巢，肝臟手術則視為不同病巢。

17. 神經斷裂吻合術之申報原則：

(1)刪除(101/5/1)

(2)肌肉神經之深部傷害，如申報神經斷裂吻合術，則須註明斷裂吻合之神經「解剖名稱」，並須有圖示、手術記錄或手術前神經學功能缺陷記錄。

18. 脂肪瘤或腱鞘囊腫摘出術之申報原則：

(1)脂肪瘤如在皮下以臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術-小於2公分項（62010C）申報，脂肪瘤如在深層（如肌肉等）得以肌肉或深部組織腫瘤切除術及異物取出術（62009C）申報。

(2)腱鞘囊腫則以64087C(腱鞘囊摘出術，液囊腫摘出術)項列報。

19. 清潔傷口(clean wound)之換藥，每日以不超過一次為原則，有開放性引流管(open drainage)之傷口或感染性傷口(infected wound)則由審查醫藥專家依個案病情專業認定。(102/3/1)

20. 褥瘡傷口之換藥，按傷口大小及實際處理情形申報。

21. 原則所有手術切除標本均應有病理檢查報告，該送標本作病理檢查而未送者，得不予給付手術費。

22. 刪除。(106/12/1)

23. 慢性復發性骨髓炎為高壓氧治療適應症之一，如有符合該診斷者，仍應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定以專案報經保險人同意後實施。(102/3/1)(102/7/23)

24. 頭皮腫瘤於髮線以內按83048C頭皮腫瘤申報。

25. 胃、食道腫瘤施行開胸切除食道癌及部分食道、開腹切除胃部癌，再

做食道重建手術，應依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節手術通則規定辦理。(106/12/1)

26. 同一療程外科換藥，注射及口服抗生素使用原則：

(1)依傷口情況，針劑以第一次傷口處理且懷疑其有細菌感染情形為原則，第一線口服抗生素以三天為限，如有臨床症狀，應於病歷詳細敘述，使用超過三天之原因。(106/12/1)

(2)Danzen、Varidase 等消腫劑，挫傷腫大可使用，如係外傷縫合或手術則不須使用，使用期間以一星期為原則。

27. 急診手術應於手術記錄單詳述急診手術理由。

28. 73011B 結腸部分切除術及73012B 根治性半結腸切除術之區分定義為良性結腸腫瘤或直腸癌末期併多處轉移病患不應申報73012B，餘依病理科審查注意事項辦理。

29. 刪除。(108/3/1)

30. 灌食管套之使用應符合適應症，並以每週給付一付為原則。

31. 一公分以上之膿瘍，以切開排膿(51020C)申報。

32. 頸部良性腫瘤切除，簡單(64116C)申報原則：以病歷及病理報告為依據，頸部腫瘤位於皮下者，以臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術(62010C)申報。

33. 處理傷口含拔指甲者，以淺部創傷處理(48001C)申報；單純拔趾甲者，則以(56006C)申報；paronychia 嚴重者，並有 granulation tissue 者，以深部複雜創傷處理(48004C)申報。(106/1/1)

34. 申報甲床與手指重建術者(64140C)應檢附術前與術後彩色照片，如執行有困難時，則於病歷繪圖詳細記載大小及部位代替照片。(106/12/1)

35. 十二指腸造口吻合術為次全及半胃切除後所作的吻合術， 不可另外申報。

36. 刪除。(101/5/1)

37. IV PUMP SET 審查原則：

(1)凡該藥物之靜脈給藥，需以微量精密計算者，例如 heparin,dopamine levophed…等，均得使用 IV PUMP。

(2)因病情需要嚴格控制靜脈點滴速度，以便調控 intake 與 output，例如 TPN 等輸液，可使用 IV PUMP。

(3)兒童體重10公斤以下患者得使用，10公斤以上者則視病情需要而定。申報費用時應檢附詳細病歷摘要及使用情況紀錄。

38. 氣胸手術作多個肺部楔狀切除其費用申報原則：

(1)不同肺葉或不同病灶時，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節手術通則規定辦理。(102/3/1)

(2)同一肺葉雖為多發之肺異常氣泡，仍只可申報一主手術。

39. 肺癌患者接受實行多項手術時，仍依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。(102/3/1) (106/12/1)

40. 彈性繃帶之使用原則，同一次門診或住院，同一部位以一次用量之兩

倍為上限。

41.周邊血管杜卜勒氏血流測定(18008C)之適應症：(101/5/1)

(1)周邊動脈血管阻塞疾病(PAOD)：周邊動脈阻塞時，需每隔六至八小時檢查下肢循環血流情形，以協助診斷何時該血管手術或作截肢手術。

(2)使用主動脈弓氣球幫浦輔助器(IABP)者：主動脈內氣球幫浦從腹股動脈插入，該側下肢動脈需時時監測其血流情形，以免下肢動脈阻塞，及使用血管擴張藥物。

(3)使用體外循環維生系統(ECMO)者：體外循環維生系統一般由兩側腹股動靜脈插入，該側下肢動脈需時時監測血流情形，以免下肢動脈阻塞其而不知，造成合併症。

(4)其他：如四肢下肢動脈插動脈導管監測血壓，或心導管檢查後一天內，或心臟衰竭造成低心輸出量，以致末端循環不良者，皆需監測四肢血流杜卜勒測定。

(5)有前述之病況者，執行次數，得視病情需要，由審查醫藥專家專業判斷。(102/3/1)

42.RH(D)型檢查(11003C)之適應症，依中華民國輸血學會左列建議辦理為原則：(101/5/1)

(1)輸血前檢查及產科病人RH(D)型檢查，宜依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。(102/3/1)

(2)其餘病患不得申報。

43.胰臟膿瘍或胰炎引流術(75401B)、超音波導引(為組織切片，抽吸、

注射等）(19007B)之區別：(101/5/1)

(1)胰臟膿瘍或胰炎引流術(75401B)，需於手術室執行，執行全身麻醉，包含採微創腹腔鏡手術，剖腹探查施行擴創術、引流，並取得檢體做細菌培養或細胞學檢查及檢附相關報告。

(2)刪除(101/5/1)

(3)超音波導引下組織切片(19007B)，需為得知腫瘤或病變之病理結果，使用切片針於超音波指引下或為引流腹內膿瘍，至體內取得組織，並於申報費用時應檢附病理（細胞學）檢查報告或細菌培養報告。

44.腹腔穿刺(29017C)及經皮穿肝膽管引流術(33026B)之申報區別：

(1)腹腔穿刺(29017C)：

診療內容：利用理學檢查或超音波指引下做腹水抽吸之診斷或治療用。

適應症：肝硬化、肝癌、卵巢癌、腹內膿瘍、外傷等。

費用申報時應檢附之資料：腹水之生化或細胞學檢查報告。

(2)經皮穿肝膽管引流術(33026B)：

診療內容：在X光透視或超音波導引下，穿刺肝內膽管取得肝汁，供細胞培養或細胞學檢查，並注射顯影劑做膽管攝影，以評估膽管阻塞原因及範圍，置入引流管以緩解病人阻塞性之黃疸。

適應症：

甲、治療膽道發炎及其合併症。

乙、膽管手術前減壓以降低手術併發症。

丙、計劃實施膽管腔內放射治療。

丁、計劃實施膽管內膽石截取術。

45. 隱睪症合併開放性腹膜鞘狀突時，仍應以隱睪丸固定術(78607C)申報，若有執行腹膜鞘狀突修補，得申報鼠蹊疝氣修補術－無腸切除(75607C)為為副手術，且須檢附病理報告。(101/5/1)（103/6/1）

46. 申報肌腱修補術 tendon repair 時，須於手術紀錄單內詳載手術部位之肌腱名稱，並應檢送手術前、後照片，以憑核付。照片費用應含於該項手術內。

47. 軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)之明確規範為，其軟組織良性腫瘤應大於10公分或深及肌膜層，應檢附病理報告證明。

48. 病態型肥胖實施減重手術(如胃隔間術72035B、72041B 腹腔鏡胃間隔術…等)應符合下列各項條件：(109/5/1)

(1)BMI(body mass index)身體質量指數37.5Kg/m2；BMI32.5Kg/m2合併有高危險併發症，如:第二型糖尿病患者其糖化血色素經內科治療後仍7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。(109/5/1)

(2)甲、須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。(109/5/1)

乙、年齡在20~65歲間。(109/5/1)

丙、無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。

丁、無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。

戊、精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。

49.肝臟移植手術審查注意事項：(95/7/15)

(1)同時符合下列各項條件之醫院，經向保險人報備後，於施行肝臟移植手術時可由該院自主事前審查：(102/7/23)

甲、一年執行量達10例以上之醫院

乙、醫院內需有2位以上具主管機關訂定摘取、移植手術執行資格之醫師(102/8/1)

丙、病患臨床狀況符合下列任一項者：

A.肝實質病變

(A)B 型肝炎肝硬化

(B)C 型肝炎肝硬化

(C)酒精性肝炎

(D)自體免疫性肝炎

(E)新生兒肝炎

(F)先天性肝纖維化

B.膽汁鬱積性肝病

(A)膽道閉鎖症等（Alagille 氏症候群，Byler 氏病等）

(B)PFIC （progressive familial intrahepatic cholestasis）

(C)原發性膽汁性肝硬化

(D)硬化性膽管炎

(E)其他，請於病歷上詳述

a. cystic fibrosis

b. nonsyndromic paucity of intrahepatic bile duct

C.遺傳代謝疾病導致肝硬化

(A)Wilson 氏症

(B)肝醣儲積症

(C)Tyrosinemia

D.遺傳代謝疾病導致肝臟以外之症狀

(A)尿素代謝循環缺陷（urea cycle defect）

(B)amyloidosis

(C)其他，請於病歷上詳述

E.肝臟之原發腫瘤

(A)肝細胞癌 （hepatocellular carcinoma）

(B)肝母細胞癌（hepatoblastoma）

(C)hemangioendothelioma

(D)膽管癌

(E)其他，請於病歷上詳述

F.猛暴性肝衰竭

G.再移植

H.其他符合 AASLD 表列之適應症

(A)Budd-Chiari syndrome

(B)metastatic neuroendocrine tumor

(C)polycystic disease

(D)其他，請於病歷上詳述

I.年齡65歲以下【年齡65歲以上（不含65歲）之屍體肝臟移植

仍需事前專案申請核准】

丁、病患肝病嚴重程度（適合移植時機)，符合下列任一項：

A.黃疸

(A)肝實質病變 total bilirubin>3mg/dl

(B)單純膽汁鬱積性肝病 total bilirubin>10mg/dl

B.頑固性腹水，積極治療3個月以上無效

C.食道靜脈曲張出血發作2（含）次以上

D.肝腦病變，Grade2 （含）以上，發作2（含）次以上

E.肝腎症候群

F.凝血功能異常，INR>1.5

G.反覆性膽道炎

H.生長遲緩，BW<3 percentile

I.肝硬化合併肝細胞癌，肝功能Child B（含）以上

(A)符合Milan criteria

(B)符合UCSF criteria

J.瀰漫型肝癌(diffuse-type hepatoma) 無其他器官轉移。

K.肝細胞癌位於門靜脈或肝靜脈旁或大血管旁以傳統方法治療不適合者

L.猛暴性肝炎。

M.其他特殊適應症，雖無明顯肝功能失常但仍須移植者，請於病歷上詳述

戊、為確保醫療品質，由保險人定期公開自主事前審查醫院及醫師之肝臟移植個案數及存活率資料。(102/7/23)

50.刪除。(97/5/1)(106/12/1)

51.刪除(103/6/1)

52.內痔結紮手術(74417C)之審查原則:(101/5/1)

(1)應檢具手術同意書及正式手術記錄。

(2)刪除。(106/12/1)

(3)一年內(自第1次施行時間起算)最多不超過四次,仍有反覆發作者,應評估是否接受手術切除。

(4)刪除(101/5/1)

(5)非屬出血、第二度至第三度痔瘡之內痔結紮手術,宜加強審查。(106/1/1)

53.肛門鏡檢申報限於臨床需要申報,原則上六個月內不得重複申報,並應於病歷上明確記載,以利審查。(97/5/1)

54.刪除。(97/5/1)(99/7/1)(106/1/1)

55.自動體溫控制床使用費(47049B)已包含於手術費用中,不得另行申報費用。(99/7/1)

56. 施行62001C(顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑小於1公分)、62002C(顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 — 直徑1~2公分),於費用申報時,應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六、(一)規定辦理。(99/7/1)(102/3/1)(107/07/01)

57. 尿毒症患者若於同一院所3個月內再次施行血管整形術（33074B），第2次（含）以後之血管整形術加強審查。(101/5/1)

58. 申報72050B內視鏡黏膜切除術之審查原則：

(1)送審時需檢附內視鏡報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項：(106/12/1)

甲、切除前病灶整體型態。

乙、切除後傷口。

丙、檢體取出體外後，撐開並固定於平板，邊緣置一附刻度的量尺，並明確顯示病灶之最大直徑(若非扁平病灶則不需要撐開固定)。

(2)刪除。(103/6/1) (106/12/1)

59. 申報Z-形皮瓣(62018C)、V-Y形皮瓣（62069C)、徒手關節授動術(64080C)、一般瘢痕攣縮鬆弛術(64141C)、眼瞼下垂前額懸吊術(87004C)、眼瞼外翻或內翻植皮術(87006C)、眼瞼乙狀成形術Z-plasty(87007C)，以上七項支付代碼抽審申報應檢附(1）術前及術後照片或繪圖；(2）含手術部位及手術方法之手術紀錄。(103/6/1)

60. 申報64197C及64228B應為新患部且進手術房執行者，病歷內容應記載清楚，送審時應檢附照片。(106/1/1)

61. 經直腸大腸息肉切除術(74207C)審查原則：(106/12/1) (109/5/1)

(1)至少有1顆息肉大於1公分且為困難型息肉例如扁平型、沒有根蒂息肉。(109/5/1)

(2)若息肉屬簡單型例如有根蒂可活動，以內視鏡(大腸鏡)方式執行

息肉切除者，應加強審查。(109/5/1)

(3)送審時需檢附報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項：(109/5/1)

甲、切除前病灶整體型態。

乙、切除後傷口。

丙、需檢附息肉切除含尺之相片。

62.無線電頻率燒灼系統(RFA)審查原則：(106/12/1)

(1)單針電極限用於腫瘤小於3公分以下，腫瘤數目少於等於3個為原則；腫瘤大於3公分者申請使用1支單針即可處理者，可予同意。

甲、內科處置時腫瘤位置鄰近，申報1支；腫瘤位置較遠而無法一次完成者，不同次 治療得另申報1支。

乙、外科手術時，雖不同位置，僅能申報1支。

(2)雙針組電極限用於腫瘤大於3公分(含)小於5公分，腫瘤數目少於等於3個。

(3)三針組電極限用於腫瘤大於5公分(含)的單一腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。

(4)申請電極間隔無須限制，鼓勵及早發現、及早治療。

(5)符合使用雙針或三針電極之條件者，不得申請使用單針電極2或3支。

(6)申請及送審時需檢附CT或MRI影像報告。

63.皮瓣手術62045B～62062C審查原則：(108/3/1)

(1)應檢附資料：

甲、術前、術中皮瓣(或設計)及術後照片。

乙、含手術部位及手術方法之手術紀錄。

丙、會陰隱私部位得以繪圖代替。

(2)同一傷口區域筋膜切除術，第一次申報手術碼「區域筋膜切除術(64228B)」，第二次以後宜申報處置碼「深部複雜創傷處理」(視傷口長度申報48004C至48006C)。

(3)皮下分離Undermine並縫合，不宜申報皮瓣手術。

64. 接受dabigatran藥物治療之成人病患，經臨床醫師診斷需快速反轉dabigatran抗凝血作用，使用於已發生可能危及生命或造成重大失能之出血狀況，或未嚴重出血但臨床上需要緊急進行手術/侵入性處置時。需以病患臨床上需要之緊急度來判斷，不能單純以凝血時間為判斷標準。(108/3/1)

(四)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-兒科

1. 通則：

(1)病童之各項檢查及治療措施，需與其病情、診斷有相關性及必要性。

(2)特殊之檢查項目：核磁共振、電腦斷層、心臟超音波、心導管、新生兒腦部超音波、各項內視鏡檢查、腦電波、肌電波等，應註明檢查目的，由具備各該項之專科醫師負責判讀，並附有其字跡清晰之中文正式署名之報告。偏遠地區除外。(106/1/1)

(3)對行使用第一線以外之抗生素、多種抗生素、或其他高價藥物，應附此次使用抗生素之過程病歷。但符合藥品給付規定10.2 Penicillins & 10.3 Cephalosporins之使用適應症者不在此限。(100/1/1) (102/3/1)

(4) 類固醇藥物之使用應確為病人病情之所需，且應有詳實之病歷記載。類固醇鼻噴劑之開立，一個月以1~2瓶為原則。(106/12/1)

(5)維生素及鐵劑之糖漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。(106/1/1)

(6)針劑費用之計算視藥物種類及實際使用頻率申報。

(7)兒科抗生素使用規定：(97/6/1)

甲、「凡經兒科醫師診斷為疑似細菌類感染症者，得使用抗生素，並應優先使用第一線抗生素。」

乙、刪除(100/1/1)

丙、刪除(100/1/1)

丁、下列情況之一可使用第一線以外之抗生素：

A、有明確的細菌培養報告，顯示此抗生素為有效，且無其他可取代者。

B、病情確實嚴重者，免疫機能不全，或住於加護病房中，需加以述明。

C、由其他醫療機構轉診至教學醫院，並經相關之感染專科醫師、或新生兒專科醫師(只限定使用於早產兒、及出生三個月內的新生兒)確認有必要使用者。

(8)兒科病患可能因病情變化等因素造成院所重覆給藥之情形，請審查醫藥專家宜依病歷記載內容注意重覆比例是否過高。(102/3/1)(106/1/1)

(9)嬰兒肚臍或臀部之塗藥，應含於護理費在內，不得申報小換藥十公分以下 (48011C)。

(10)小兒科檢傷分類依衛生福利部公告修正之急診五級檢傷分類基準(詳附表九之一至九之四)。(106/01/01)

(11) 刪除。(106/12/1)

(12)支氣管擴張劑、類固醇及化痰劑，經由 Nebulizer 給予的治療方式，須符合藥品給付規定相關規範。(100/1/1)(102/3/1)

(13)使用 O2 tent 或 O2 hood 時，二歲以下可每日申報一次氧氣濃度分析器(57014B)，且須附詳細病歷紀錄。二歲以上則調整氧氣濃度時，才可申報，而非常規每日申報。

(14)刪除(109/5/1)

(15）早產兒腦部超音波審查原則：（104/1/1）

甲、出生體重小於等於1000 公克者可 於1、3、7、21~28 天、42~60 天執行五次。可依病患狀況調整，惟應將其適應症詳列於病歷中。（104/1/1）

乙、出生體重1001~1500 公克者可於3、7、21~28 天、42~60 天執行三到四次。可依病患狀況調整，惟應將其適應症詳列於病歷中。（104/1/1）

丙、出生體重1501~2000 公克者可於7、21~28 天執行兩次檢查。可依病患狀況調整，惟應將其適應症詳列於病歷中。（104/1/1）

2.門診部分：

(1)有疑問者，得請調閱病歷參考。

(2)各類注射針劑(尤其是：退燒劑、抗生素、類固醇、止吐劑)之使用應從嚴認定其適當性。且應以不能口服、或口服後仍不能達到預期效果時，方得為之。

(3)經由 nebulizer 給予之治療方式，含支氣管擴張劑、類固醇及化痰劑，不應為例行處置，應有確實適應症，如緊急需求等病歷記錄。(106/1/1)

3.急診部分：

(1)兒科急診之定義，依相關規定認定之。

(2)急診病童於急診處留置時間以二十四小時為限。如確因病情需要

而超過者，自第二天起以急診暫留床申報費用。為簡化作業手續，得與急診一併申報。

4.住院部分：

(1)凡住院病童(嬰)應注意審查其住院之必要性，及病房類別之適當性。

(2)體重2000公克以下之嬰兒，需由具備小兒科專科之醫師負責其住院之醫療。

(3)住兒科加護病房、或新生兒科加護病房之條件：

甲、病情確實危急及嚴重者。

乙、該醫療機構確實具有相關之加護醫療設備，及相關之專科醫師實際在負責該病童之醫療。

丙、病情好轉後應即轉出，不宜在加護病房中住到出院。

(4)甦醒器 (57009B)

甲、AMBU bag 不宜以57009B 申報。

乙、IMV 併 Resuitator(甦醒器)使用時，除 IMV 費用不得另行申報57009B(甦醒器)費用。

(5)體位引流 postural drainage(47045C)如有肺部病變或痰液滯留者，且病情需要，一般病房每次住院限申報一次，但加護病房或有神經及心肺疾病者，每日至多申報四次，不宜例行申報，申報費用時應檢附病情及治療紀錄單。(97/5/1)

(五)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-婦產科

1005婦產科

100501 通則

100501010住院、住院日

100501022手術費、材料費

100501031用藥

100501042因治療之需要而行之剝離

100501050剖腹產及婦科手術住院案件之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗規定

100501060同一病灶拆線

100502婦科子宮病狀診療

100502010 CA-125(EIA)之審查

100502022子宮切除術之手術範圍界定

100502032子宮切除術

100502042子宮鏡手術

100502052婦科子宮鏡檢查

100502062婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則(108/3/1)

100503婦科陰道病狀診療

100503012陰道分泌物檢查

100503021陰道及外陰、骨盆腔發炎之抗微生物製劑使用

100503030電燒或雷射治療 Condyloma

100503042 IUD 因發炎或出血症狀取出

100504婦科子宮頸病狀診療

100504010 PAP smear

100504022抹片 ASCUS

100504030子宮頸楔狀切除術

100504040息肉切除術及未懷孕之子宮刮除術

100505婦科骨盆腔病狀診療

100505010骨盆腔檢查

100505020嚴重骨盆器官脫垂

100505030間質性膀胱炎

100505042婦科腹腔鏡

100506產科流產診療

100506010人工流產

100506020先兆性流產

100506030妊娠十二週前之流產及手術

100506040治療性流產手術

100507產科早產診療

100507010早產須以宮縮緩解劑注射治療

100508產科產前檢查

100508012胎心音監視檢查

100508020產檢執行超音波檢查之原則

100508030 刪除(109/5/1)

100508040妊娠劇吐症

100509產科生產前後檢查

100509010驗孕及產後檢查

100509020懷孕試驗

100510產科剖腹產

100510010剖腹產併有子宮肌瘤

100510020適用剖腹產情況

100511產科子宮外孕診療

100511010產科超音波

100511021 MTX 藥物注射治療輸卵管外孕妊娠

100501 通則

100501010有關住院、住院日

100501010-01住院診療應基於醫療上必要時為之，凡門診可行之手術，不得住院。

100501010-02陰道囊腫、巴氏腺囊腫、子宮頸糜爛及子宮功能性出血，除非病情特殊，一律門診給付。如病情特殊住院者，於申報醫療費用時應詳細說明理由。(106/1/1)

100501010-03生產住院部分則參照「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第一章辦理。(102/3/1)

100501010-04非預定手術之住院病人，常規做全套生化檢查不適宜，應依病情需要，由審查醫藥專家作專業判斷。(102/3/1)

100501010-05住院病患於手術後，申報會陰沖洗 ─住院，每日 IPD (55010C)以三天為原則。(107/07/01)

100501022手術費、材料費

100501022-01多項手術之申報應依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節通則辦理。(102/3/1)

100501022-02子宮切除時附帶施行之預防性卵巢或輸卵管切除，其預防性切除不得另行申報醫療費用。如有卵巢或輸卵管疾病得檢附病理報告依第二部第二章第七節申報。

100501022-03非治療性之闌尾切除術、輸卵管切除，不列入醫療給付範圍，如病情特殊者，應檢附相關資料於申報醫療費用時詳述理由。

100501022-04結紮、協助生殖技術、人工授精、試管嬰兒等，不列入醫療

給付範圍。

100501022-05一般門診手術申報靜脈或肌肉麻醉 (96004C)應有麻醉紀錄備查。(107/07/01)

100501031用藥

100501031-01抗生素之使用：預防性抗生素之使用及無併發症之骨盆腔發炎之抗生素使用，應依藥品給付規定之抗生素使用原則使用。(102/3/1)

100501031-02注射藥品之使用時機，應以不能口服或口服仍不能期待有治療效果時，方得為之。

100501031-03荷爾蒙之使用：停經後荷爾蒙之使用得依醫師診斷使用於閉經、更年期症候群、骨質疏鬆症等疾病治療，但接受子宮切除後之病患不宜使用含黃體素之荷爾蒙製劑。(97/5/1)

100501031-04維他命之使用：應以有積極治療者為限。

100501031-05止血劑及酵素腫劑：應慎重選擇使用。正常凝血機能下之手術後及脅迫流產等，應不必使用止血劑。

100501031-06宮縮緩解劑(tocolytics)之使用原則：應視產婦病情需要給藥，只適用於妊娠滿十六週(十六週加〇天)起，至三十七週前(三十六週加六天)。

100501031-07排卵藥物(Clomiphene citrate)除非為不妊之促排卵治療，否則不宜用來治療月經異常病患，特殊個案如因病情需要，宜於病歷詳實記載，由審查醫藥專家專業判斷。

(101/2/1)(102/3/1)(106/1/1)

100501042因治療之需要而行之剝離

100501042-01全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則第七條條其中明定為達手術最終目的過程中之剝離等，不得視為副手術申報。

100501042-02因治療之需要而行之剝離，例如有症狀之腸黏連、子宮黏連，輸卵管卵巢黏連等其剝離應不屬另一手術過程中之剝離，應可申報為副手術，唯此項申報之審核為避免申報浮濫(例如重覆剖腹產皆申報之)應從嚴。(102/3/1)

100501050 C/S及婦科手術(ATH, VTH…)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數規定：

100501050-01 C/S及婦科手術(ATH,VTH…)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報3次，換藥最多申報3次。(106/1/1)

100501050-02婦科手術(ATH, VTH…)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報1次為原則。

100501060同一病灶拆線時，不可同時申報換藥費用。

100502 婦科子宮病狀診療

100502010 CA-125(EIA)之審查(106/1/1)

100502010-01臨床上懷疑有婦科惡性腫瘤或已確認為婦科惡性腫瘤者，監測其治療效果或追蹤其是否復發。每三個月申報1次，其他惡性腫瘤，CA125如可作為癌症監測指標者亦同，但如因病情變化需要提早監測時須說明其理由。

100502010-02可作為腫瘤如子宮肌腺症、子宮內膜異位症手術前後之追蹤。每六個月抽血1次。

100502022一般全子宮切除術(80403B)、廣泛性全子宮切除術(80412B)及子宮頸癌全子宮根除術(80413B)之手術範圍界定。(107/07/01)

100502022-01一般全子宮切除術(80403B)：手術包括子宮體及子宮頸切除。(107/07/01)

100502022-02 廣泛性全子宮切除術(80412B)：手術包括子宮體、子宮頸、子宮旁結締組織(parametrium)二分之一以內及部分陰道切除。(107/07/01)

100502022-03子宮頸癌全子宮根除術(80413B)及陰道式子宮根治手術(80414B)：手術包括子宮體、子宮頸、子宮旁結締組織及部分陰道切除，不包含骨盆淋巴切除，如子宮頸癌手術併行骨盆淋巴切除術，可申報骨盆腔淋巴腺切除術(70208B)之二分之一。(107/07/01)

100502032子宮切除術 (106/12/1)(107/07/01)

100502032-01需檢附佐證資料(如影像檢查、超音波等)，如審查要求提出狀況說明，需提子宮切除之說明。(107/07/01)

100502032-02考量病人安全，子宮切除術不宜於門診執行。(107/07/01)

100502032-03同時併報2次以上相關手術，手術內容不宜重疊(如申報經腹腔及陰道合併之骨盆底重建術(80026B)者，不宜併報次全子宮切除術(80404C))。(107/07/01)

100502042沾黏分離之主手術得以子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)手術申報，六個月中最多申報一次。(107/07/01)

100502052婦科子宮鏡檢查 (107/07/01)

100502052-01所有子宮鏡檢查前須先排除懷孕及感染，或術前無性行為避孕者。

100502052-02子宮鏡檢查適當時機為月經來潮後兩周內。

100502052-03應先進行適當的理學或影像檢查及治療後，如有下列情形再執行子宮鏡檢查：

a. 停經前之異常子宮出血。(應先排除子宮頸病變並經適當藥物治療無效時) (108/3/1)

b. 停經期/後子宮出血或持續子宮分泌物。

c. 超音波檢查懷疑子宮腔內腫瘤或息肉者。

d. 影像檢查疑子宮內異物或避孕器殘段。

e. 影像檢查疑子宮腔內殘留流產後胚胎組織。

f. 避孕器移位改正。

g. 影像檢查懷疑子宮畸形或子宮腔結構異常者。

h. 影像檢查懷疑子宮內膜增生或子宮內膜癌。

i. 不孕症之檢查。(應有合理的臨床適應症而非常規檢查)(108/3/1)

j. 重複人工生殖治療失敗者。

k. 習慣性流產者。

l. 疑有子宮腔內粘黏並計劃懷孕者。

m. 子宮鏡手術或藥物治療後的追蹤檢查。

n. 對子宮內膜增生或子宮內膜癌病人進行生育保留治療的追蹤。

o. 沒有過性經驗，有合理的臨床適應症需要執行陰道或子宮頸的檢查的病人。(108/3/1)

p. 特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。

100502052-04送審需檢附的佐證資料

a. 病人執行前後一次門診病歷

b. 子宮鏡影像及報告（住院病歷視情況補充）

100502052-05同一個案多次執行子宮鏡檢查之適當性

a. 當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。(108/3/1)

b. 子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者，追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。

c. 子宮鏡手術治療者，術後三個月內得進行追蹤檢查，若結

果為正常，應以一次為限。

d. 子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)，術後追蹤檢查時若需同時補行沾黏再分離 (而非僅僅檢查)，得以子宮鏡檢查(28022C)申報，每次追蹤應間隔4週(含)以上，整個療程原則上不超過三個月，且應於病歷中完整記載執行之必要性與結果並留有紀錄。

e. 子宮內膜癌行生育保留治療者，追蹤應間隔三個月以上。

f. 其他特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。

100502062婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則：(108/3/1)

100502062-01適宜執行「19003C 婦科超音波」及「19013C 陰道式超音波」病症以下列為原則：

a. 月經週期異常、子宮異常出血。

b. 腹痛。

c. 經痛、經血過多。

d. 不孕症評估。

e. 懷疑骨盆腔腫瘤(良性或惡性)。

f. 懷疑先天性生殖器官異常。

g. 懷疑泌尿道異常。(109/5/1)

h. 懷疑骨盆腔感染。

i. 子宮內避孕器位置檢查。

j. 懷疑子宮外孕。

k. 第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。

l. 早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。

m. 上次超音波檢查：

(1).有異常發現，可依據臨床狀況，視病情需要進行超音波追蹤檢查。

(2).正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。

n. 其他慢性病灶之追蹤。

100502062-02檢查頻率：視病情嚴重程度3~6個月執行一次。

100502062-03應檢附病歷紀錄，初步理學檢查之結果及執行超音波之理由，併附清晰可審視之超音波影像及判讀報告。(109/5/1)

100503婦科陰道病狀診療

100503012陰道分泌物檢查

100503012-01排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查(13006C)：由陰道所採之分泌物如白帶等。

100503012-02膿或分泌物分析(16007C)：經由穿刺所取得之分泌物。(107/07/01)

100503021陰道及外陰、骨盆腔發炎之抗微生物製劑使用

100503021-01陰道及外陰之發炎，門診口服抗微生物製劑使用以一種為限，得併用陰道塞劑或藥膏。

100503021-02子宮以上之發炎屬骨盆腔發炎，抗微生物製劑不受上述一種為限之規定。(106/1/1)

100503030電燒或雷射治療 Condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉（如：多發性、大範圍之病灶），須於病歷詳載理由，並有麻醉紀錄。(106/1/1)

100503042一般 IUD 之置入，健保不給付，而 IUD 因發炎或出血症狀而取出，可以簡單陰道異物去除術（55005C）申報。(102/3/1)

100504婦科子宮頸病狀診療

100504010申報子宮頸抹片取樣 PAP smear(55012C)費用，須檢附細胞檢查報告(非預防保健者)，以利審查。(106/1/1)(107/07/01)

100504022抹片 ASCUS(含)以上，得進行陰道鏡檢查(28028C)，附加之子宮頸切片(55001C)及 ECC 子宮內管刮除術(81031C)得另行申報。(103/6/1)(106/1/1)(107/07/01)

100504030子宮頸楔狀切除術 conization(80205C)原則上不需住院，若需留院觀察時以一天為原則，病情特殊者須詳述理由。(不論住院天數均詳述理由) (102/3/1)(107/07/01)

100504040施行子宮鏡移除異物或息肉(80422C)及未懷孕之子宮內管刮除術(81031C)者，須附病理報告。(106/1/1)

100505婦科骨盆腔病狀診療

100505012申報骨盆腔檢查費(55021C)，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下

a. 已有性經驗者，宜記載子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之情形，至少也要記載其中之三項或以上有無病變或異常。

b. 無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。(102/3/1)

100505022嚴重骨盆器官脫垂，病人雖無主訴尿失禁，得於手術前執行尿路動力學檢查，請於病歷記載主客觀評估。(106/1/1)

100505032間質性膀胱炎患者施行膀胱鏡合併水擴張治療後，如發生解尿困難、血尿或頻尿情形，宜先留院觀察，如未改善，必要時得住院1天，須於病歷詳載理由。(106/1/1)

100505042婦科腹腔鏡(107/07/01)

100505042-01施行腹腔鏡檢查(28014C)原則不需住院，如因病需要住院，須於病歷詳細記載並詳細說明理由。(107/07/01)

100505042-02多囊性卵巢病人進行腹腔鏡卵巢鑽孔術應視為第二線治療。(106/1/1)(107/07/01)

100506產科流產診療(107/07/01)

100506010執行人工流產之條件：

100506010-01非治療需要之人工流產係指下列項目以外之人工流產。

a. 本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。

b. 本人或其配偶之四等親以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。

c. 有醫學上之理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。

d. 有醫學上之理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

e. 不完全性流產、不可避免之流產、死胎流產等病態性流產。

100506010-02非治療需要人工流產之醫療費用，全民健康保險不給付。施行治療性人工流產後，有特殊情況需住院者，請詳細說明理由。

100506020先兆性流產原則上不需住院，如門診治療無效，需住院時必須充分說明理由。

100506030妊娠十二週前之流產及手術，原則上不需住院；如病情特殊需住院者，在申報醫療費用時，應詳細說明理由。

100506042治療性流產手術

100506042-01無任何徵候或症狀，又無病歷記載或超音波報告，不應施行子宮頸擴張刮除術(D&C)手術。

100506042-02住院安胎失敗者，可施行子宮頸擴張刮除術(D&C)手術。

100506042-03子宮頸擴張刮除手術，不應以「急診」常規申報。

100506042-04須附病理報告。

100507產科早產診療(107/07/01)

100507010有早產之虞須以宮縮緩解劑注射治療者，可收容住院，得檢附胎心音監視報告或有病歷記載臨床症狀，例如：出血、宮縮、子宮頸變化、破水…等。

100508產科產前檢查(107/07/01)

100508012胎心音監視檢查

100508012-01施行胎心音監視（3小時以內）(18013C)、胎心音監視（3小時後每小時）(18014C)，需符合下列任一病狀：高危險妊娠之產前檢查、懷疑子宮有早期收縮、治療性引產之子宮收縮監測。

100508012-02一日累積監視超過六小時者仍以六小時計，且不可與胎心音監視(每日) (18035B)併同申報。

100508012-03送審時請檢附胎心音監視報告。

100508020產檢執行超音波檢查之原則

100508020-01若因疾病必需施行超音波檢查，不應以產檢項目申報。

100508020-02產檢合併疾病申報時，需有適應症。

100508020-03抽審案件必須附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。

100508030刪除(109/5/1)

100508040妊娠劇吐症住院，原則上需附有 urine acetone 陽性反應或血中電解質不平衡之報告。

100509產科生產前後檢查(107/07/01)

100509010驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

100509020申報懷孕試驗，須於檢送之病歷記載結果。

100510產科剖腹產(107/07/01)

100510010剖腹產併有子宮肌瘤者，原則不宜同時做切除手術，如行切除者，須說明理由，且須附病理報告。

100510020剖腹產需符合下列任一情況

a. Fetal distress(需附胎兒監視器報告)。

b. Failure to progress in active labor(產程進展不良)。

c. APH(placenta previa,abruptio placenta)(產前出血)。

d. Malpresentation(including twin with malpresentation)(胎位不正)。

e. Cord prolapse(臍帶脫垂)。

f. Induction failure(催生失敗者)。

g. Active genital herpes(生殖道疱疹者)。

h. Previous C/S(前次剖腹產)。請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。

i. Previous uterine surgery(先前有子宮手術者)。

j. Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata,diffuse(陰部或陰道長尖形濕疣)。

k. Treatable fetal anomalies(e.g. gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly) (胎兒先天不正常可治療者)。

l. Preeclampsia(子癇前症) with

Uncorrectable severe preeclampsia、HELLP syndrome、

m. Eclampsia。

n. Extremly premature fetus < 1500gm(限有 NICU 設備者)。
(嬰兒體重<1500公克)

o. Pelvic deformity(Sequal of poliomyelitis or traffic accident,etc.)(骨盤畸型)。

p. Fetal macrosomia(>4000gm EBW)(胎兒超音波預估體重過重>4000公克)。

q. Cephalopelvic disproportion (CPD)(胎頭骨盆不對稱)。

r. Obstructive labor (e.g.myoma, ovarian tumor)。

s. Major medical complications(主要內科併發症)。

t. 經診斷為 HIV(+)者。

u. 其他特殊適應症，但須詳細說明。

100511產科子宮外孕診療(107/07/01)

100511010產科超音波

100511010-01子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病得申報產科超音波(19010C)。

100511010-02抽審案件必須附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。

100511021以 MTX 藥物注射治療輸卵管外孕妊娠，請核實申報醫療費用，不應以腹腔鏡子宮外孕論病例計酬手術項目申報。

(六)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-骨科

1.刪除(100/1/1)

2.一般性股骨轉子間骨折應使用固定術，不應施行人工關節置換術。

3.脊柱內固定器事前審查案件，有下列情形：(102/3/1)

(1)脊椎外傷性脫位。

(2)椎間腔截面積減少30%以上者。

(3)椎體前緣壓迫超過50%。

(4)駝背角度超過20度。

(5)脊椎因骨折致前後及側邊嚴重滑脫。

(6)有神經壓迫症狀，需立即減壓者，得依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第四編第65條規定，以書面說明電傳報備後，先行處理治療；惟若特殊情況得增加固定長度應事前審查，並附詳細手術計畫書。

(7)TLICS (thoracolumbar injury classification and severity)分數>4者須手術固定治療。(106/1/1)

4.使用橫向固定器(cross link)限(一)脊柱固定三節或三節以上者(二)有骨折併脫位之情形；其中脊柱固定三節或三節以上者係指固定範圍涵蓋3個(含)以上椎體；屬三節及四節(含)椎體者可使用一組cross link，屬五節椎體(含)以上者可使用二組cross link，屬七節椎體(含)以上者可使用三組cross link。(103/6/1)

5.不同廠牌之人工關節組合涉及不同材料之相容性，目前尚無臨床報告可資證明無機械性或化學性之影響，第一次手術應使用同一廠牌之人工關節組合。

(六)刪除(99/7/1)

7.骨內固定物拔除，如需住院以不超過七日為原則，但手術紀錄須詳細記載拔除何種內固定物；拔除成人Kirschner wire以不住院為原則。(106/1/1)

8.注意骨科特殊材料之使用有無依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。(102/3/1)

9.股骨頭缺血壞死併軟骨下骨折或股骨頭變形者可行雙極式股骨頭置換術或全人工關節置換術。(97/5/1)(102/3/1)

10.骨科手術野之認定標準以各關節或各肢節為手術野（病巢）單位（詳附表十），不同手術野應依所定之支付點數分別給付，同一手術野同時做兩種以上手術則依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節通則六之規定辦理，「關節」之定義為骨骼之間為標準。(103/6/1)

11.骨科急診手術限1.長骨multiple fracture(2 components以上) 2.open fracture應註明嚴重度及照片加以說明 3.pediatric fracture 4.complications如neuro vascular injury visceral organ injury infections etc 5.joint fracture or joint dislocation 急診無法復位需行內固定者(101/2/1) 6.special condition 如年輕人之femoral neck fracture及脊椎不穩定骨折

等方可申報急診加成。

12. 醫師須依X光片予以判定「慢性骨髓炎」是否符合慢性病之條件，如須服用抗生素時需有 CRP、ESR 檢查作為判定依據。

13.

(1)59007B 高壓氧治療慢性復發骨髓炎之審查：(97/5/1)(106/1/1)

甲、骨髓炎經外科治療及六至八週抗生素治療療程，仍有明顯的發炎症狀存在者(Mader-Cierny II B，骨髓炎侵犯到骨表面，並同時有其它全身或局部之病變者)。

乙、重要部位之急性骨髓炎，如臉骨、顱骨及胸骨。

丙、每次療程以廿次為宜。

(2)必要檢查(送審資料)：(106/1/1)

甲、疾病史及身體檢查，外科治療及6至8週抗生素治療記錄。

乙、持續有感染傷口或皮下瘻管，並提供傷口照片以供審查。

丙、骨骼X光檢查及其報告。

丁、核醫骨髓炎掃描、電腦斷層檢查或磁震造影及其報告。

(3)第二次以上申請高壓氧氣治療原則：

甲、必須與前次治療至少相隔四到六個月以上。

乙、再次申請時要提出以下說明，並由專案審核通過。

A、前次治療失敗原因。

B、本次治療計畫。

14. 彈性繃帶之使用規定：同一次門診或住院，同一部位以一次用量之兩倍為上限。

15. 膝關節鏡手術之適應症：施行關節鏡手術須附術前及術後之清晰照片。

16. 脊髓造影檢查(如33054B-33058B)住院以一天內為原則。

17. 以關節鏡完成某項手術,關節鏡只是其方法之一,視為手術之必用流程,不應再申報64243B(關節鏡手術 － 關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創)、64244B(關節鏡手術 － 關節鏡下關節面磨平成形術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術)、28001C(關節鏡檢查)。(97/5/1)

18. 開放性骨折個案申報時應於病歷診斷載明開放性骨折之程度，並檢附術前照片佐證。(101/2/1)

19. 骨科手術案件送審請檢附術前、術後影像或相關之檢查、檢驗報告，以提供足夠之證據審查。(101/2/1)

（七）醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項−泌尿科

1008泌尿科

100801前列腺(攝護腺)治療

100801012前列腺(攝護腺)切除術

100801022經直腸超音波前列腺(攝護腺)切片檢查(TRUS-biopsy)

100802尿路結石治療

100802012輸尿管鏡取(碎)石術

100802022經皮腎造廔取石術

100802032尿路結石體外震波碎石術

100802042輸尿管狹窄內擴張術

100802051 Nephronorm 藥品

100802062雙 J 輸尿管導管之更換

100803排尿障礙用藥及相關診療

100803012尿流速試驗(UFM)或經直腸前列腺超音波檢查 (TRUS-P)

100803022測量餘尿

100803032錄影尿流動力學檢查 Video-urodynamic study (21006B)

100803041 α -blocker

100803051雄性激素類製劑與同化作用類固醇及其拮抗劑 Androgens and anabolic steroids and antagonists

100803061 Desmopressin acetate (Minirin 錠劑)

100803071Tolterodine L-tartrate(如 Detrusitol)；solifenacin succinate (如 Vesicare)；mirabegron (如 Betmiga)

100803081 Beta-3 agonist

100803091 Pentosan Polysulfate Sodium (如 Elmiron Cap)

100803101 Bethanechol

100803111 Botox

100804癌症用藥及相關診療

100804011性腺激素釋放素促效劑(analogue)及拮抗劑(antagonist)

100804021 Bicalutamide

100804031 Abiraterone(如 Zytiga)或 Enzalutamide(如 Xtandi)

100804042膀胱腫瘤治療

100805包皮病狀治療

100805012包莖環切術(50020C)

100806性功能障礙治療

100806011前列腺素 E1 (prostaglandin E1, PGE1)

100801前列腺(攝護腺)治療(106/6/1)

100801012前列腺(攝護腺)切除術(79404B、79405B、79406B、79411B、79412B、79413B、79414B、79415B)：(102/3/1) (106/6/1) (106/12/1)

100801012-01必須附病理報告，報告內容必須含組織之重量，作為支付之依據。(97/5/1)

100801012-02尿道切開、恥骨上膀胱造口：均不得另行申報。(102/3/1)

100801012-03術中使用之沖洗液不得另行申報。

100801012-04術後再出血造成阻塞，如需用膀胱鏡清血塊或再止血，以78026C 項申報，若為同一醫院或同次住院依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。(102/3/1)

100801012-05切除之組織重量小於5公克，以經尿道前列腺切片術（79407C）支付。(97/5/1)

100801012-06病人在手術後若情況穩定(如沒有嚴重血尿或感染)，在某些特定情況下(如合併神經性膀胱或慢性尿滯留)，病人得帶尿管或膀胱造廔回家。(106/6/1)

100801012-07病人以健保身分住院接受前列腺雷射手術（屬 HTA 項目），不得同時申報 TURP，TUIP， TURBN，or bipolar TURP。(106/6/1)

100801012-08 BPH 同時併有明顯尿道狹窄時，可視病歷記錄得另行申報尿道切開術，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六之規定辦理。(102/3/1)

100801012-09若病人同時有膀胱結石而接受經尿道膀胱碎石手術可以同時申報，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六之規定辦理。(106/6/1)

100801012-10若病人同時有慢性尿滯留或大量餘尿，可同時申報膀胱造廔手術，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則之規定辦理。(106/6/1)

100801012-11若病人同時有 PSA 上升，為診斷攝護腺癌而接受經直腸前列腺切片手術可以同時申報，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則之規定辦理。(106/6/1)

100801022經直腸超音波攝護腺切片檢查(TRUS-biopsy)一般在門診執行，有下列特殊情況可住院進行：(106/1/1)

100801022-01 凝血功能異常。

100801022-02 需全身或半身麻醉才能執行者。

100801022-03 肛門直腸病變影響切片進行或安全。

100801022-04 曾因切片而嚴重感染或敗血症者。

100801022-05 須做進階切片檢查(如 systemic biopsy or saturated biopsy)之高風險病人。

100801022-06 病歷載明因其他原因需住院者。

100802尿路結石治療

100802012輸尿管鏡取(碎)石術

100802012-01 U.V.J. stone 用膀胱鏡取石時，得以碎石取出術、簡單（在膀胱內壓碎並除去）碎石取出術 (78026C)申報，但如仍須加以輸尿管鏡取(碎)石才能將 U.V.J. stone 完全取出時，得以輸尿管鏡取石術申報。(99/7/1)

100802012-02術後留置雙-J 型導管，需說明理由。(97/5/1) (103/6/1)

100802012-03下列兩者情形建議以內視鏡方式處理，若以體外震波碎石術處理，病歷需詳實說明理由。(106/6/1)

a.若為阻塞性結石且腎功能不全(eGFR 小於60 mL/min/ 1.73m2)之兩側輸尿管結石。

b.若一側為阻塞性結石，另一側腎臟萎縮。

100802022經皮腎造瘻取石術不得申報昂貴拋棄式器械組，同一病患多次實施需詳細說明。

100802032施行尿路結石體外震波碎石術(ESWL)(50023B、50024B、97405K、97406A、97420B、97407K、97408A、97421B、97409K、97410A、97422B、97411K、97412A、97423B)：

100802032-01申報費用時應檢附以下資料：

a.詳細之病歷紀錄：碎石紀錄須記載結石大小、位置及有無症狀及敘述須治療之結石是否已在他院或同院做過治療，應有切結書為依據。(103/6/1)

b.最近1個月內影像學檢查報告：須包括下列四者之一，1.KUB 及 Sono、或2.IVU 或3.RP 或 AP（Antegrade pyelography 順行性腎盂輸尿管攝影）或4.CT。必要時須附原片。(103/6/1)

100802032-02 ESWL 兩次之間之時間間隔，原則上同一結石需一週觀察期，才得實施第二次 ESWL，執行二次(含)以上碎石術，需檢附 KUB 或 SONO，證明其為持續性治療者；其他特殊情況，則請各審查醫藥專家自行評估。(102/3/1)(106/1/1)

100802032-03腎臟或輸尿管個別結石最大徑應大於0.5cm(輸尿管個別結石最大徑小於0.5cm 時，需合併明顯阻塞、重複感染或腎絞痛)。(106/6/1)

100802032-04完全鹿角結石之第一次治療，需施行尿路結石體外震波碎石術時，須事前專案申請(詳細說明其必要性)。

100802032-05 ESWL 術後一週內執行 URS 碎石手術，須載明有感染或其他特殊理由。(97/5/1)(103/6/1)

100802032-06兩側腎結石不可同一次以體外震波碎石處理，以免碎石造成兩側輸尿管阻塞，已置入雙 J 輸尿管導管者，不在此限。(106/6/1) (106/12/1)

100802042輸尿管結石併輸尿管狹窄患者施行「輸尿管狹窄內擴張術(77024B)」，應檢附手術前影像學資料、手術過程中輸尿管鏡(內視鏡)照片佐證、及手術記錄有描述輸尿管狹窄，以顯示狹窄。(106/1/1)

100802051各種疾病之處方用藥，除非有特殊理由，原則上以作用機轉明確之藥物為主，若病情需使用 Nephronorm 等藥品，需於申報表單上註明使用理由。(101/2/1)

100802062雙 J 輸尿管導管之更換，只申報置入費用(50019C)，不應申報同時段之拔除費用。

100803排尿障礙用藥及相關診療

100803012尿流速試驗(UFM)或經直腸前列腺超音波檢查 (TRUS-P)：檢查之頻率因病人病情而定。(106/6/1)

100803022測量餘尿若以 bladder scan 得申報21010C，以超音波儀器評估膀胱得申報21008C (但須附超音波報告)，膀胱超音波不應申報19005C。(106/6/1)

100803032錄影尿流動力學檢查 Video-urodynamic study(106/6/1)

100803032-01錄影尿流動力學檢查 (21006B)應為尿流速圖(21004C)、殘尿量(21008C)、或曾接受膀胱壓檢查(21007C)、尿道外括約肌肌電圖(21003C)等檢查不能確定診斷或治療效果不如預期時才使用。(106/6/1) (108/3/1)

100803032-02 臨床上確診為良性前列腺肥大者不需要作錄影尿流動力學檢查。但如病人下尿路症狀持續，且無明顯前列腺肥大者，在進行侵入性治療前，仍得進行錄影尿流動力學檢查。其他進行錄影尿流動力學檢查病症以下列為原則：(108/3/1)

a.懷疑原發性膀胱頸阻塞。

b.懷疑女性膀胱出口阻塞。

c.複雜性女性應力性尿失禁/膀胱脫垂。

d.男性輕微前列腺肥大(體積小於30gm)，但藥物治療效果不佳。

e.男性前列腺手術後持續性下尿路功能障礙。

f.合併下尿路解剖構造異常(如膀胱憩室、尿道憩室)。

g.下尿路分流改道術後。

h.腎臟移植術後。

i.已做尿路動力學檢查無法確診。

j.婦女尿液滯留。

k.手術後膀胱功能異常。

l.逼尿肌與尿道擴约肌協調異常。

m.復發性用力性尿失禁。

n.其他臨床診斷及治療無法改善下尿路症狀者。

100803032-03「神經性下尿路功能障礙(ICD-9-CM 為596.54 Neurogenic Bladder 神經性膀胱或 ICD-10-CM/PCS 為 N31膀胱神經肌肉功能不良，不可歸類在他處者)」及「小兒下尿路功能障礙」，若病人可進行檢查，仍先進行尿流速及殘尿量測定；無法判定病情或治療效果不佳者，得進行錄影尿流動力學檢查(VUDS)。(108/3/1)

100803032-04錄影尿流動力學檢查(VUDS)在診斷時進行一次，治療後如病情尚未穩定，可追蹤一次。有神經性下尿路功能障礙者得每年追蹤一次，以決定繼續治療之內容及方向。(108/3/1)

100803032-05送審時應附 VUDS 詳細報告。(106/6/1)

100803041 α-blocker(106/6/1)

100803041-01開始劑量依據病人需要而定，惟不超過建議劑量。(106/6/1)

100803041-02攝護腺肥大或攝護腺癌且有排尿障礙之病人皆符合藥物之適應症。(106/6/1)

100803041-03用於治療輸尿管之結石，因不符適應症且非屬特殊病例不得申報。(106/6/1)

100803041-04用於治療成年男性以外之排尿障礙，因不符適應症且非屬特殊病例不得申報。(106/6/1)

100803051雄性激素類製劑與同化作用類固醇及其拮抗劑 Androgens and anabolic steroids and antagonists(106/6/1)

100803051-01單方(5 alpha reductase inhibitor，例如：finasteride 及 dutasteride)可以當作未確診為前列腺癌且前列腺體積大於30ml 或最大尿流速(Qmax)小於15ml/s 之病人第一線用藥；複方(合併α-blocker)需已使用其他攝護肥大症之藥品但症狀沒有改善或無法耐受之病人方可使用。(106/6/1)

100803051-02當病患不適宜或不方便接受經直腸超音波時，可以經腹部超音波或其他影像如電腦斷層測量前列腺體積。(106/6/1)

100803051-03當病患之 PSA 值高(如 PSA>10 ng/ml)或肛門指診懷疑是前列腺癌時，且病患之平均餘命大於10年，建議病患應接受切片。(106/6/1)

100803051-04當 PSA 值稍高但臨床不建議積極診斷前列腺癌(如病患之平均餘命小於10年)或未懷疑是前列腺癌時，病人得不做切片。(106/6/1)

100803051-05用藥滿一年以後就不需每半年施行 TRUSP 或尿流速。(106/6/1)

100803061 Desmopressin acetate (Minirin 錠劑)(106/6/1)

100803061-01成人夜間多尿症需於病歷載明夜間多尿症之證據，如夜間尿量或小便日誌之結果。(106/6/1)

100803061-02 7歲以下不得使用。(106/6/1)

100803071 Tolterodine L-tartrate(如 Detrusitol)；solifenacin succinate (如 Vesicare)；mirabegron (如 Betmiga)(106/6/1)

100803071-01病歷上應記載急尿或急迫性尿失禁或頻尿(每天24小時排尿次數超過八次)，可直接病歷紀錄病人每日小便次數或排尿日誌或經認證的問卷如 OAB-SS。(106/6/1)

100803071-02每一種 antimuscarinics 都可以當作膀胱過動症之第一線治療藥物。(106/6/1)

100803071-03當使用一段時間(如3個月)病人治療效果仍不佳時，在侵入性治療前，可以考慮增加劑量或增加第二種 antimuscarinics 或合併Mirabegron 使用。(106/6/1)

100803081 Beta-3 agonist(106/6/1)

100803081-01可以當作膀胱過動症之第一線治療藥物。(106/6/1)

100803081-02 Mirabegron 25 mg 及50 mg 均為合理之劑量。(106/6/1)

100803081-03當使用一段時間(如3個月)病人治療效果不佳時，可以考慮合併 antimuscarinics 使用。(106/6/1)

100803091 Pentosan Polysulfate Sodium (如 Elmiron Cap)(106/6/1)

100803091-01若尿液常規檢查無白血球，不見得要做細菌培養，若細菌培養陰性，單一尿液檢測有白血球也可考慮核准使用。(106/6/1)

100803101 Bethanechol (97/5/1)

100803101-01 BPH 病人建議不宜直接使用 bethanechol，若已服用 finasteride 或 α-blocker 3個月，仍有意義的殘尿並有證明者，則可同意使用。

100803101-02急性尿滯留，已 on Foley 者，需符合藥品許可證適應範圍且排除阻塞性病變者，另有足以證明 detrusor 功能障礙引起者，可同意使用。

100803101-03併有 DM 者，使用原則應符合第1項要求。但屬長期無法解尿者，則不得申報。(106/6/1)

100803101-04 DM 病人併有 AUR，排除其他原因導致者，可同意使用。

100803101-05 NB（neurogenic bladder）併 urinary retention 但 on Foley 已有一年者，不得申報。(106/6/1)

100803111 Botox(106/6/1)

100803111-01用於膀胱過動症之事前審查，需附尿路動力學。以尿路動力學檢查是否為原發性膀胱過動症時，並非所有膀胱過動症(overactive bladder，OAB)有逼尿肌過動症(detrusor overactivity，DO)，有時尿路動力學雖無逼尿肌過動症，但尿路動力學結果符合膀胱過動症表現，如膀胱容量小於350 ml。(106/6/1)

100803111-02用於膀胱過動症之事前審查，需有載明使用過至少一種抗膽鹼藥物但效果不好或是無法耐受其副作用之病歷摘要，但不見得一定要3個月以上之藥物使用。(106/6/1)

100804癌症用藥及相關診療

100804011性腺激素釋放素促效劑(analogue)及拮抗劑(antagonist) (106/6/1)

100804011-01不能同時使用。(106/6/1)

100804011-02不能用於曾接受過兩側睪丸切除的攝護腺癌晚期病患。(106/6/1)

100804021 Bicalutamide (如 Casodex)不可做為局部攝護癌患者的單一治療藥物。(106/6/1)

100804031病人若對 Abiraterone(如 Zytiga)或 Enzalutamide(如 Xtandi)產生嚴重耐受性不佳(intolerance)，則可以提出事前審查更換另一種藥物。(106/6/1)

100804042膀胱腫瘤治療

100804042-01膀胱灌注化學腫瘤藥品，應以化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(05221A)、膀胱灌注(50011C)給付，不應以抗癌化學藥物注射治療(37005B)給付；口服抗癌藥物不應以05221A 給付，此項應為調劑化學腫瘤藥品供膀胱灌注之藥事服務費。

100804042-02必須附病理報告，如僅做活體切片，得以經尿道前列腺切片術(79407C)申報，惟不得申報經尿道膀胱腫瘤切除。(106/6/1)

100804051 Docetaxel(106/6/1)

100804051-01對荷爾蒙治療依賴型 (Hormone Sensitive Prostate Cancer) 的轉移性攝護腺癌，不得申報。(106/6/1)

100804051-02 荷爾蒙治療失敗之患者，在接受化學治療期間其血液睪固酮指數應維持在必要濃度。(106/6/1)

100805包皮病狀治療

100805012非屬下列情形執行包莖環切術(50020C)，不得申報：(106/6/1)

100805012-01嵌頓性包莖(paraphimosis)。

100805012-02曾有發生復發性包皮炎，並有明確之病歷紀錄可資證明。

100805012-03包皮有結疤影響排尿或陰莖勃起。

100805012-04因包皮病灶而須將包皮切除並送病理檢驗者。

100805012-05因他項手術之需要而須將包皮切除者。

100806性功能障礙

100806011用於診斷男性性功能障礙之前列腺素 E1 (prostaglandin E1，PGE1)1得申報藥品費用，惟每一病人最高使用劑量為每次60mcg，一生三次為限。

(八)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科

1009耳鼻喉科

100901 CT Scan、MRI 與 PET

100901010慢性(副)鼻竇炎

100901022頭頸癌

100901030適用 MRI 之耳科病狀

100901040先天性或後天性聽損欲實施人工耳蝸植入者

100902超音波與骨骼掃瞄

100902012頭頸部軟組織超音波

100902020全身骨骼掃瞄及腹部超音波

100903內視鏡

100903012鼻咽鏡 Nasopharyngoscopy

100903022鼻竇內視鏡 Sinoscopy

100903032喉鏡 Laryngoscopy

100903042喉頻閃光源內視鏡

100903050追蹤鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡

100904耳科檢查

100904012良性陣發性姿勢性眩暈

100904022平衡檢查 VFT

100904030 內耳溫差測驗

100904040 眼振圖檢查

100904050平衡檢查(VFT)、內耳溫差測驗、眼振圖檢查之檢查間隔

100904062聲場聽力檢查 Sound field test

100904072 Audiometric Studies

100904080成人聽性腦幹反應檢查 ABR Study

100905鼻科檢查

100905012 Rhinomanometry (RMM)及 acoustic rhinometry (AR)

100905022鼻竇超音波檢查 Sinus echo

100905032嗅覺檢查 Olfaction Test

100905042刪除(109/5/1)

100906耳鼻喉、頭頸外科處置

100906012耳鼻喉局部治療

100906022鼻息肉切除術

100906032蒸氣或噴霧吸入治療

100906042鼻填塞

100906052鼻出血處置

100906062耳垢取出

100906072複雜異物取出

100906082藥物燒灼

100906092呼吸道抽吸

100906102頭頸部感染或術後感染處理

100906112執行兩種以上處置

100907耳鼻喉、頭頸外科手術

100907012耳鼻喉科顯微鏡手術

100907022多項手術申報方式，依全民健康保險醫療服務給付項目及支

付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。(102/3/1)

(106/12/1)

100907030中耳炎及鼻竇炎手術之麻醉

100907042兩耳手術

100907052外耳道異物除去術

100907062翼管神經切除

100907072頭頸部癌症手術

100907082耳鼻喉部手術使用雷射手術

100907092以雷射施行下鼻甲手術

100907102腮腺切除術 parotidectomy

100907112聽小骨重建術

100907122顯微鏡下鼓膜切開術，併鼓室通氣管插入

100907132施行鼻竇內視鏡手術 endoscopic sinus surgery

100907142鼻中膈鼻道成形術、鼻雷射手術

100907152整形美容之鼻成形術

100907162 Eagle syndrome 手術

100907172 Auricle pseudocyst

100907180懸雍垂軟腭咽喉整形術

100907192鼓室內注射類固醇

100907202喉內視鏡顯微手術

100907212高頻熱凝療法

100908耳鼻喉、頭頸外科用藥

100908011類固醇鼻噴劑

100908021抗組織胺

100908031化痰藥物

100908041抗生素

100908051口服液劑

100908061抗微生物製劑

100908071 Laryngopharygeal reflux (LPR)藥物治療

100908081耳鼻喉科製劑

100901 CT Scan、MRI 與 PET

100901010以診斷慢性鼻竇炎(chronic rhinosinusitis，CRS)為目的者，應以理學檢查及病史為依據，若有需要執行 Sinus CT Scan，需於病歷詳述理由。(106/8/1)

100901022 頭頸癌：依專業判斷決定，CT Scan 或 MRI 可用於評估治療前之分期(Staging)、治療後之追蹤檢查，病歷應詳盡記載病情發現及適應症。PET 可使用於如下情況：(106/8/1)

100901022-01分期：評估腫瘤之期別。

100901022-02治療：評估腫瘤對治療之反應，擬改變治療方式時。

100901022-03懷疑復發或再分期：使用於患者已接受一階段之正統治療後，偵測疑似有復發或轉移及評估復發之程度，惟不得用於例行之追蹤檢查。

100901022-04以上各階段須符合：經 CT Scan、MRI、核子醫學掃瞄等檢查仍無法分期者，或認定 CT Scan、MRI 等檢查不足以提供足夠資訊以供治療所需者，且須於病歷中說明施行 PET 之必要性理由。

100901022-05配合腫瘤治療計畫者方得以 PET 作為療效評估項目，未有後續積極處置計畫者，不得施行。

100901030耳科病人有下列臨床狀況時，可予以適度安排 CT 或 MRI Study：(106/8/1)

100901030-01 ABR 懷疑耳蝸後病變 retrocochlear lesion。

100901030-02單側聽損 PTA 2-4k loss 大於65dB。

100901030-03 Poor SDS (not compatible with SRT) ,或有 rollover 現象者。

100901030-04 Neurological focal sign present, trigeminal neuralgia, facial numbness, or hemi-facial spasm。

100901030-05先天性聽損懷疑有 cochlear nerve deficiency。

100901030-06脈動性耳鳴 Pulsatile tinnitus。

100901030-07 Any unusual vertigo pattern or central nystagmus pattern。

100901030-08懷疑乳突(mastoid)，內耳迷路(labyrinthine)，岩骨部(petrous)或顱內(intracranial)感染者。

100901030-09懷疑其他耳內良性、惡性腫瘤，如 ear cancer, facial nerve schwannoma, glomus tumor, cholesterol granuloma etc。

100901030-10 Suggestion from referring neurologist /neurosurgen。

100901040先天性或後天性聽損欲實施人工耳蝸植入者，可予以適度安排 CT 及 MRI Study，需於病歷詳述理由。(106/8/1)

100902超音波與骨骼掃瞄

100902012頭頸部軟組織超音波(19012C)：(106/6/1)

100902012-01可用於甲狀腺腫瘤、唾液腺腫塊、頸部腫塊、術後及電療後追蹤者。若同時執行 ultrasound-guided fine-needle aspiration 時得另申報 thyroid puncture (29011C)。

100902012-02若於3個月內再次申報頭頸部軟組織超音波(19012C)或 thyroid puncture (29011C)，需於病歷詳述理由。

100902020全身骨骼掃瞄(whole body bone scan)及腹部超音波(whole abdomen sonography) (106/8/1)

100902020-01頭頸部癌症治療前之 staging studies。

100902020-02頭頸癌患者治療後之追蹤檢查，經臨床評估必要時每年得申報一次。

100902020-03病人有新的狀況，臨床上懷疑有轉移，病歷宜詳盡記載病情及其發現。

100903內視鏡

100903012鼻咽鏡 Nasopharyngoscopy (28002C)：

100903012-01可用於診斷鼻腔、鼻竇或鼻咽、下咽、聲帶疾病、不明頸部腫塊、上消化呼吸道功能性障礙，或因病人有嘶聲症狀、強烈喉反射，或解剖結構異常無法執行間接反射鏡檢查者。(99/7/1) (106/8/1)

100903012-02送審時需檢附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

100903022鼻竇內視鏡 Sinoscopy (28003C)：

100903022-01可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery，FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。(97/5/1)(100/1/1) (106/8/1) (109/5/1)

100903022-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

100903032喉鏡 Laryngoscopy (28004C)：

100903032-01可用於診斷咽喉疾病。

100903032-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

100903032-03不得同時申報喉頻閃光源內視鏡(28005B)。

100903042喉頻閃光源內視鏡 Stroboscopy (28005B)：

100903042-01治療前、後可各申報1次；需追蹤者，每二個月得申報1次。

100903042-02送審時需檢附聲門打開及關閉，與粘膜移動波相片，不一定要有聲帶波動之描述分析。

100903042-03不得同時申報喉鏡(28004C)。

100903050追蹤鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡：治療中得申報三次，治療後之追蹤一個月得申報1次。頸部腫瘤，疑似原

發或轉移性癌，診斷(含切片)時，得申報1次，確認為癌症後，依頭頸癌之申報原則。(109/5/1)

100904耳科檢查

100904012 良性陣發性姿勢性眩暈(Benign paroxysmal positional vertigo，BPPV)施予 reposition of canalith 得申報耳石復位術 canalith repositioning procedure (54044C)，送審時需檢附治療紀錄。(106/8/1)

100904022 平衡檢查 VFT (22017C)：包括自發眼振、頭位眼振、頭位變換眼振、搖頭眼振檢查、姿勢反射檢查、四肢偏倚檢查、踏步測驗、單腳站立測驗，Nann 氏測驗、Romberg 測驗，主要檢測前庭眼反射、前庭脊髓反射。VFT 檢查應依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表上之規定項目。(102/3/1) (109/5/1)

100904030 內耳溫差測驗，乃迷路刺激檢查，利用冷熱水或冷熱空氣灌入外耳道，須記載眼振的方向、頻率、持續期間。新的自動化眼振儀，內耳溫差試驗以眼振圖像呈現(包括眼振的方向、頻率、持續期間)，可直接印出內耳溫差試驗結果的圖像作為內耳溫差試驗的報告。(106/1/1)

100904040 眼振圖檢查是眼球運動的檢查，並非一般的前庭功能檢查，此須特殊儀器。包括視標追跡檢查，追視測驗，跳視測驗、視運動眼振檢查、視運動後眼振檢查，視覺抑制測驗。若部份新的自動化眼振儀無法記錄視運動後眼振檢查，視覺抑制測驗，可只作前面部份(包括視標追跡檢查，追視測驗，跳視測驗、視運動眼振檢查)即可。(106/1/1)

100904050 若病情穩定，平衡檢查(VFT)、內耳溫差測驗、眼振圖檢查，兩次檢查之間隔需至少三個月，若有病情加重或變化需要再追蹤則不在此限。(103/6/1) (106/8/1)

100904062聲場聽力檢查 Sound field test (22008B)得申報用於無法使用純音聽力檢查 Pure tone audiometry；PTA (2200lC)之病人及須測試配戴助聽器或安裝人工電子耳之病人。(106/8/1)

100904072 Audiometric Studies (106/8/1)

100904072-01中耳或內耳疾病初診時，經理學檢查後，如有必要，得申報 Complete Audiometric Studies (PTA + SRT + SDS 或 PTA + tone decay test + stapedial reflex decay test)。耳鳴病人初診時，如有必要，得加做耳聲傳射檢查，前述情境，需於病歷詳實紀錄理由與發現。

100904072-02中耳術後穩定下，於1個月、3個月、6個月、1年追蹤聽力，以執行 PTA 及 SRT 檢查為原則。

100904072-03追蹤急性聽力障礙於住院期間可每二日執行一次 PTA。

100904072-04追蹤波動性聽力障礙(Meniere’s disease, AIED, Basilar Migraine, PF)時，可執行 Complete Audiometric Studies。包括骨導聽力及氣導聽力。

100904080成人聽性腦幹反應檢查 ABR Study 前，應先做 PTA study，如有下列任一情況再做 ABR：(106/8/1)

100904080-01雙耳聽力不對稱。

100904080-02單側耳鳴(即使聽力正常)。

100904080-03 Facial palsy(Ramsay-Hunt syndrome)。

100904080-04懷疑詐聾。

100904080-05 Vertigo，R/O central lesion。

100905鼻科檢查

100905012鼻阻壓檢查 Rhinomanometry (RMM)及聲波鼻腔測量儀 acoustic rhinometry (AR)(申報鼻阻壓計檢查54025C，送審時需附檢查報告)：(106/8/1)

100905012-01病人主訴鼻塞時，需客觀依據。

100905012-02手術前後鼻塞程度之比較。

100905012-03長期使用藥物治療，欲追蹤病人鼻塞狀況時。

100905022鼻竇超音波檢查 Sinus echo(申報19004C，送審時需附檢查報告)：(106/8/1)

100905022-01病人主訴後鼻漏或鼻蓄膿時。

100905022-02當懷疑有上頷竇內病變時。

100905022-03手術前後鼻竇內情況之追蹤。

100905022-04長期使用藥物治療，欲追蹤病人上頷竇狀況時。

100905032嗅覺檢查 Olfaction Test (申報54026B，送審時需附檢查報告) (106/8/1)

100905032-01病人主訴嗅覺異常時。

100905032-02手術前後嗅覺情況之追蹤。

100905032-03長期使用藥物時，欲追蹤病人嗅覺改善程度時。

100905042刪除(109/5/1)

100905042-01刪除(109/5/1)

100905042-02刪除(109/5/1)

100905042-03刪除(109/5/1)

100906耳鼻喉、頭頸外科處置

100906012耳鼻喉局部治療【膿或痂皮之取出或抽吸 Removal or suction of abscess or crust (54019C)、傷口處置及換藥 Wound treatment and change dressing(54027C)、耳部雙側膿或痂皮之取出或抽吸 Removal or suction of abscess or crust, bilateral ear(54037C)、耳部雙側傷口處置及換藥 Wound treatment and change dressing bilateral ear(54038C)】：(97/5/1)(99/7/1)(100/1/1)(102/3/1)(106/8/1)

100906012-01應符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定之適應症，並有相關之設備。

100906012-02一般案件單純局部噴灑藥物，包含於相關診療費內，不另行給付。

100906012-03須在有膿汁或痂皮之取出與抽吸及局部塗藥之條件下，方得列報該等處置項目，且須於病歷上詳實紀錄發現或繪圖備查。

100906012-04如病情需要，雖已申報 sinoscope 或 nasopharyngoscope，可另報耳鼻喉科治療。

100906012-05僅能擇一申報。

100906022鼻及鼻竇炎併有鼻息肉，施行 FESS 後，有些病人極易復發且長滿鼻息肉，於門診施行鼻息肉切除時，可申報鼻息肉切除術 polypectomy，single or multiple(65001C 或65002C)，但須有手術紀錄。(106/8/1)

100906032蒸氣或噴霧吸入治療－每次(57021C) 需符合下列任一病狀：電

療中或後、急性聲帶炎、急性支氣管炎、喉部癌症、氣喘及鼻填塞中之病人。濕氣吸入治療(57007C) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節規定，限申報於人工氣道者，使用呼吸器者不得申報。(106/8/1)

100906042鼻部手術中併行之鼻填塞，含於手術費內，不另給付。鼻部手術後若發生術後大出血，得另行申報。如申報案件異常，審查醫師應加強審核。鼻填塞物取出，可以申報鼻填塞物取出項目54023C。(102/3/1)

100906052 鼻出血(Epistaxis)處置：(106/8/1)

100906052-01鼻前部出血得申報 simple epistaxis, anterior (54010C)，若使用 cauterization 來止血得申報 intranasal cauterization (54013C)，若使用 anterior nasal packing 來止血得申報54021C(nasal packing，anterior)，但需於病歷清楚記載。

100906052-02鼻後部出血得申報 complicated epistaxis, posterior (54011C)，若使用 anterior nasal packing 來止血得另加申報 nasal packing，anterior (54021C)，若使用 posterior nasal packing cauterization 來止血，得另申報 nasal packing，posterior (54022C)，但需於病歷清楚記載。

100906052-03鼻手術抽紗後 epistaxis、鼻部術後出血，應依實際處置及病況申報，並於病歷詳實記載。

100906062雙側耳垢取出得申報2次54001C，單側耳垢取出得申報1次54001C。 (106/8/1)

100906072複雜異物取出(54004C)：(106/8/1)

100906072-01適用耳鼻咽喉部位有困難異物病人，病歷需詳實述明理由。

100906072-02若病人咽反射太強，需以 fiberscopic guidance 進行異物取出，除申報54004C 外，得再申報 nasopharyngoscopy(28002C)，或直接申報內視鏡喉頭異物取出術(54018C)。

100906082簡單藥物燒灼(51007C)適用於治療口腔、咽喉潰瘍。若獨立病灶≧2 處，或單一病灶直徑超過直徑1公分，得申報複雜藥物燒灼治療(51008C)。(106/8/1)

100906092上下呼吸道因分泌物阻塞，為改善其通暢度所為之抽吸治療，得申報呼吸道抽吸(次) (47041C)。(106/8/1)

100906102頭頸部感染或術後感染病例之處理：(106/8/1)

100906102-01以申報 debridement 為原則(48004C<5cm；48005C 5-l0cm；48006C >l0cm)，應依實際處置及病況申報。

100906102-02如執行深頸部切開引流者，得申報1次深頸部切開引流術(71023B)。

100906102-03複雜病例如多 space 或 necrotizing fasicitis，在全身麻醉下得申報1次環咽肌切開(66026B)。

100906112因情況需要同時兩種以上處置時，依「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部第二章第六節通則五之規定辦理，即同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上處置時， 按其主要處置項目所定點數計算之。(102/3/1)

100907耳鼻喉、頭頸外科手術

100907012耳鼻喉科顯微鏡手術，不得另行申報腦神經外科術中特殊儀器使用費－精密手術顯微鏡(56019B 項)(56019B 項係屬神經外科開腦項目)。

100907022多項手術申報方式，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。(同一手術野，同類手術)。(102/3/1) (106/12/1)

100907030中耳炎及鼻竇炎之手術，應尊重臨床醫師參考病人病情，決定麻醉方式，必要時得調閱麻醉記錄單憑核。

100907042兩耳手術依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則辦理。

100907052鼻內或耳內異物(包括通氣管)入手術房使用顯微鏡得申報「外耳道異物除去術，使用耳道鏡，並有麻醉」(84003C)，病歷上應有手術及麻醉紀錄，由專業審查判定，否則依處置項目中，簡單或複雜異物取出申報54003C(簡易異物取出)或54004C(複雜異物取出)。(106/8/1)

100907062以雷射、電燒或 Radiofrequency(RF，83079B)切除翼管神經者，不得申報翼管神經切除術(65035B)，且不得申報 RF。(106/8/1)

100907072頭頸部癌症之 major operation、重建手術依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則辦理。(106/8/1)

100907082耳鼻喉部之手術如鼻甲手術(SMT)、腭咽整形手術(UPPP)使用雷射手術施行，因已有申報主手術，不應再另申報雷射手術。

(101/2/1) (106/8/1)

100907092以雷射施行下鼻甲手術：

100907092-01以紅外線、黏膜下電燒灼施行下鼻甲手術得申報黏膜下透熱法(65074C)。

100907092-02以一般電燒灼(表面)行下鼻甲手術得申報鼻甲電燒灼(65003C)。

100907102腮腺切除術 parotidectomy【耳下腺腫瘤切除術 (71015B)、腮腺切除術，全葉摘除(71019B)、腮腺切除術 (71020B)】，已包含神經分離術，不得再申報神經分離術(83030B)。

100907112聽小骨重建術 ossiculoplasty(84020B)，TORP 及 PORP prosthesis 為特殊材料，得另行申報(FES0170142GS、FES0270141GS)。(106/8/1)

100907122 Bilateral Grommet 之植入申報「顯微鏡下骨膜切開術，併鼓室通氣管插入」(84015B)。中耳鼓室乳突手術或中耳探查手術時，若需要同時放置中耳通氣管者(如塌陷型中耳炎等)，得同時申報「顯微鏡下骨膜切開術，併鼓室通氣管插入」(84015B)，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六之規定辦理。(106/8/1)

100907132以內視鏡方式施行鼻竇切除術：(106/8/1) (108/3/1)

100907132-01 以內視鏡方式施行全副鼻竇切除術得申報全副鼻竇切除術 pansinusectomy (65014B) 加計鼻竇內視鏡檢查 Sinoscopy (28003C)申報；另以內視鏡方式施行多副鼻竇切除術，得申報多副鼻竇切除術 multiple sinusectomy(65013B)加計鼻竇內視鏡

檢查 Sinoscopy(28003C)。(106/8/1) (108/3/1)

100907132-02「全副鼻竇切除術」(65014B)為打開所有的鼻竇口含鼻外及口內徑路。並把鼻竇發炎組織及迷路腔式清除乾淨；「內視鏡功能鼻竇手術」(65063B/65064B)是打開鉤狀突、切除前篩竇、將上頷竇開口擴大及移除發炎組織。(108/3/1)

100907142鼻中膈鼻道成形術(單側)、鼻中膈鼻道成形術(雙側)、鼻雷射手術需附手繪圖或照片或 X 光片。異常申報案例則依專案審查。因外傷引起之鼻變形，依醫療專業認定施行，得申報鼻成形術(65034B)。(106/8/1)

100907152整形美容之鼻成形術屬於自費項目，不可申報鼻成形術(65034B)。(106/8/1)

100907162 Eagle syndrome 手術：internal (trans-oral), external (trans-cervical) approach 得申報環咽肌切開術(cricopharyngeal myotomy，66026B)，但如有切除部份 parotid gland(須有組織報告)，得改以 parotidectomy, excision (71020B)申報。(106/8/1)

100907172 Auricle pseudocyst 原則申報 excision of preauriclular fistula or cyst (84005C)，若是造成耳殼明顯變形需切除部分軟骨(需有組織報告)，得申報外傷性耳成形術 traumatic otoplasty (84011B)。若僅為處置，得申報皮下腫瘍、囊腫抽吸 (47044C)。(106/8/1)

100907180手術執行懸壅垂軟腭咽喉整形術 (uvulopalatopharyngoplasty，UPPP)，病歷需記載扁桃腺肥大、snoring、apnea、morning headache、arousal、或 daytime somnolence 等一種以上症狀。(106/8/1)

100907192 Sudden deafness 病人進行 transtympanic steroid injection，門診得申報顯微鏡下耳內注射(54009B)；開刀房若設有專屬耳用內視鏡二氧化碳雷射系統，則得申報二氧化碳雷射手術(62020B)，若執行鼓膜切開後再注射，則得申報顯微鏡／內視鏡下鼓膜切開術(84007C)。(106/8/1)

100907202喉內視鏡顯微手術(Laryngoscopic microsurgery，LMS)，均得申報複雜性喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去(complicated laryngoscopy，66032B)。(106/8/1)

100907212高頻熱凝療法(radiofrequency，RF，83079B) (106/8/1)

100907222-01應符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定之適應症。

100907222-02不得申報用於

a. inferior turbinate 來治療 nasal obstruction。

b. soft palate 來治療 snoring 或 Obstructive sleep apnea syndrome(OSAS)。

c. tongue base 來治療 snoring 或 OSAS。

100908耳鼻喉、頭頸外科用藥

100908011類固醇鼻噴劑之開立，一個月以1~2瓶為原則。口服抗組織胺及口服類固醇，得視病情需要與類固醇鼻噴劑同時開立。(106/8/1)

100908021多樣抗組織胺之同時開立，要慎重使用，必要時：(106/8/1)

100908021-01長效及短效抗組織胺可互相搭配使用。

100908021-02口服與鼻噴抗組織胺，必要時可以同時使用。

100908021-03特殊情況下，口服與鼻去充血劑、類固醇可同時開立。

100908031依病情需要得開立化痰藥物如 ambroxol(如 mucosolvan)、carbocysteine(如 muco syrup)、guaiacol glycolate(如 guaphen syrup)等。(106/8/1)

100908041抗生素之開立：(106/8/1)

100908041-01使用第一線抗生素，只要病歷記載完整，有適應症，應尊重臨床醫師意見。

100908041-02若病情需要使用第一線以外之抗生素或併用兩種抗生素，應依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第10節抗微生物劑 通則辦理，且病歷需詳實記載。

100908051 12歲(含)以下兒童及不適合服用固型製劑之病人方得使用口服液劑(包括抗生素)。(106/8/1)

100908061抗微生物製劑使用(106/8/1)

100908061-01清淨 (clean)的手術傷口:術前一小時給予，術後追加以不超過24小時為限。

100908061-02清淨但易受污染(clean-contaminated)的手術傷口：手術前後給予抗生素製劑，以24小時為原則(口服與針劑併計)，以第一

線抗微生物製劑為主，如需使用第一線以外之抗生素或超過48小時，應詳敘理由或附細菌培養報告。

100908061-03污染性傷口之手術及手術後發生感染併發症，依相關抗生素使用原則用藥。

100908071 Laryngopharygeal reflux (LPR)的藥物治療可包括 Proton pump inhibitors(PPI)、H2 blockers、antacids、prokinetic agents、sucralfate 及 anti-anxiety medicine (anxiolytics)，耳鼻喉科專科醫師可依病人症狀及理學檢查及健保給付規定，開立適當藥物組合治療，並得以鼻咽內視鏡追蹤治療結果。(106/8/1)

100908081耳鼻喉科製劑(106/8/1)

100908081-01 Beclomethasone cap for spray (如 Salcoat) (87/10/1)：適用因口腔放射線治療或化學治療產生大面積口腔潰爛之病人。

100908081-02 Ofloxacin (如 Tarivid Otic Solution)：有耳膜穿孔及耳漏之急慢性中耳炎或嚴重急性外耳炎病人。符合使用適應症。

100908081-03 Ciprofloxacin+hydrocortisone (如 Siproxan Otic Drops)使用原則同上：有耳膜穿孔及耳漏之急慢性中耳炎或嚴重急性外耳炎病人。符合使用適應症

（九）醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-眼科

1. 在門診即可診治的疾病不宜住院，如單眼眼瞼簡單之手術(有合併症之倒睫、老年性眼瞼下垂•••)，翼狀贅肉之去除，雷射之處置。

2. 複雜性翼狀贅肉申報翼狀贅肉複雜切除合併角膜切除(85204C)應檢附同側半邊眼部及眼球之照片各一張並須符合下列任一項符合條件：

   (1)復發性(以前曾接受過切除手術)。

   (2)翼狀贅肉侵至角膜5mm 者。

   (3)已產生眼球粘連者，包括眼瞼與角膜粘連者或嚴重結膜與鞏膜粘連者。

   (4)翼狀贅肉侵犯單眼角膜雙側且需同時手術者。(106/1/1)

   附註：非複雜性者應在門診施行手術，惟兩眼同時施行手術或僅單眼有視力者，可住院診療。

3. 檢驗方面：

   (1)以病例為主，宜有選擇性，不宜做不必要的檢查，如一位無任何病史的患者，作白內障手術，避免做電解值，膽固醇等檢查。

   (2)胸部X光請勿列為常規檢查，除非有胸部疾病之過去病史者，或最近一年內未照X光之患者，以減少病人曝露在放射線之環境中。

4. 白內障手術：

   (1)刪除(101/2/1)

   (2)用藥力求簡單：預防感染可給予抗生素，但以外用抗生素眼藥為

主。(101/2/1)

(3)口服止痛消炎、消腫藥：正常順利的手術助益不大，可以不用，若需要以三日內為原則。

(4)眼檢查：作前葉檢查申報細隙燈顯微鏡檢查(23401C)項，眼壓、眼底及 DBR【含超音波檢查(A 掃瞄)(23503C)項及角膜曲度測定(23001C)項】。

(5)手術換藥：每天壹次即可。至多可申報術後換藥兩次，申報術後換藥日期不宜超過2個星期。（104/1/1）

(6)手術以水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(86008C)項，不宜再加囊外水晶體超音波乳化術(86009C)或坦部水晶體切除術(86010B)項。

(7)無水晶體症再裝人工水晶體以人工水晶體植入術－第二次植入(86012C)項申報。

人工水晶體植入術－第二次植入(86012C)項為更換人工水晶體適用。

人工水晶體植入術－調整術(86013C)項為脫位再固定或調整時用。

(8)收縮瞳孔之成分製劑如 carbamycholine 及 acetylcholine chloride 1%已包含於手術之一般材料費用內，不另計費。

(9)刪除(101/2/1)

(10)白內障大多非緊急手術，不宜於第一次門診當天即施行手術；如需事前審查者，請檢附病歷紀錄及術前白內障照相紀錄，外傷性或伴有併發症白內障除外，六歲以下免附照片。

(97/5/1)(99/7/1)

(11)刪除(101/2/1)

(12)白內障手術申報手術紀錄應有植入人工水晶體之標籤。(101/2/1)

(13)除特殊情況外(如需全身麻醉之兒童雙眼先天性白內障 、失智者或雙眼外傷性白內障)，不得一次同時施行兩眼白內障手術，且兩眼手術宜間隔一週(含)以上，但事前審查仍可兩眼同時送審且需遵循上述原則。(99/7/1)(106/1/1)

(14)施行白內障手術前應先驗光，驗光得以矯正者，應有矯正視力紀錄，確實不能矯正視力者，應於病歷說明原因，未說明原因者，不予給付。(103/6/1)

(15)同時執行「水晶體囊內(外)摘除術」及「眼坦部玻璃體切除術」，應依保險人規定辦理，即按國際疾病分類臨床修正碼之編碼原則，若「水晶體囊內(外)摘除術」為主手術，應適用論病例計酬相關規定申報；若「眼坦部玻璃體切除術」為主手術，則可沿用原有之申報方式，並適用全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準手術通則之規定：「一主刀，一副刀」之方式申報。(中央健康保險局90年2月27日健保審字第90006127號函) (102/3/1)(102/7/23)

5.視網膜疾病：(97/5/1)

(1)視網膜剝離一般住院治療以壹週為宜。(但可視病況的複雜性來調整)。

(2)用藥宜精簡。

(3)檢查非其他病因(如糖尿病等)，重點檢查即可。

(4)眼檢查：得執行裂隙燈檢查、眼壓、眼底裂孔定位檢查。裂孔型視網膜剝離除非有玻璃體混濁等特殊情況，應於申報費用明細中註明理由，否則不應例行申報 B-SCAN 檢查－但有發現者除外(如 CHOROIDAL DETACHMENT)，牽引性或滲出性視網膜剝離可申報 B-SCAN。23809C 網膜裂孔定位：限於手術前實行。若有破洞或視網膜剝離但沒有手術或雷射，只可申報間接眼底檢查和裂隙燈眼接觸鏡檢查，兩項擇一項申報。(106/1/1)

(5)間接式眼底鏡檢查(23702C)申報須附圖及病況描述；視網膜雷射治療(PRP)者原則上，已包括23702C(除初診可申報外，複診者應內含)。

(6)眼底病變(包括 FAG 螢光眼底攝影術 Fluorescein Angioraphy)依病情需要，彩色眼底攝影，若為局部性病變一眼以不超過四張為原則；如為廣泛性病變一眼以不超過八張為原則。(中央健康保險局90年2月27日健保審字第90006127號函)

(7)手術：

甲、高複雜性：有嚴重視網膜增殖病變作網膜切開，網膜上或下膜分離術時，以眼坦部玻璃體切除術－複雜(86207B)項＋1/2鞏膜切除併植入或扣壓(85608B)項給付(須附術前網膜剝離照片及手術記錄備查)。

乙、複雜性：網膜剝離併玻璃體出血，視網膜局部皺縮或巨形裂孔以鞏膜切除併植入或扣壓(85608B)＋1/2眼坦部玻璃體切除

術－簡單(86206B)項給付(須有術前網膜剝離照片及手術紀錄備查)。

丙、一般性：鞏膜切除併植入或扣壓(85608B)(須有手術前網膜剝離情況圖及手術記錄單備查)。

丁、簡單的以視網膜變性或裂孔，冷凍治療法(86404B)項為依據。

戊、單純引流：網膜再附著術及排液術(86403B)項。

6. 玻璃體切除：眼坦部玻璃體切除術－簡單(86206B)項及眼坦部玻璃體切除術－複雜(86207B)項給付標準。

(1)86206B 項：作簡單之玻璃體切除。

(2)86207B 項：作玻璃體切除，再加網膜切開、網膜上或下膜分離術時才給付，需有手術記錄單備查。

7. 角膜移植：

(1)手術給付以穿透性角膜移植術(85213B)項給付(包含虹膜分離或整型)，若再加白內障手術為穿透性角膜移植術(85213B)項＋1/2水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術 (86008C)項。

(2)角膜移植術使用之材料角膜保存液費用，已包含於該項手術之手術材料費中，各特約醫院不得再以特殊材料另行申報費用。

8. (1)內外斜視：凡斜視矯正手術作三條肌肉或以上者，須有包含兩眼在內之術前照片以資備查。(101/2/1)

(2)斜視檢查申報【立體官能檢查(23201C)、四燈融像檢查(23202C)、三稜鏡檢查(23203C)、立體感視覺檢查(23204C)、複相檢查(23205C)、眼肌協調檢查(23206C)、斜視鏡檢查(23207C)、斜視

檢查(23208C)】，每一項檢查應為病情所需且須有檢查結果之紀錄。

9.雷射治療(60001C 至60016C)：

(1)全網膜雷射術－初診(60003C)項＋全網膜雷射術－複診(60004C)項 X2(糖尿病網膜症)，即指糖尿病網膜症患者如須施行全網膜雷射術，其同一療程於情況需要時，得列報一次60003C 項及二次60004C 項費用。(103/6/1)

(2)週邊(局部)網膜雷射術－初診(60005C)項＋週邊(局部)網膜雷射術－複診(60006C)項，即指同一療程於情況需要時，得列報一次60005C 項及一次60006C 項費用。

(3)小樑雷射術(青光眼)－初診(60007C)項＋小樑雷射術(青光眼)－複診(60008C 項) X2，即指青光眼患者如須施行小樑雷射術時，其同一療程於情況需要時，得列報一次60007C 項及一次60008C 項費用。(101/2/1)

(4)虹膜雷射術(青光眼)－初診(60011C)項＋虹膜雷射術(青光眼)－複診(60012C)項。YAG 原則上限申報60011C 項一次。

(5)刪除 (104/1/1)

(6)同一療程或同一病灶係指該處置須分多日或多次來完成者。

(7)申報【黃斑部雷射術－初診(60001C)、黃斑部雷射術－複診(60002C)、全網膜雷射術－初診(60003C)、全網膜雷射術－複診(60004C)、週邊(局部)網膜雷射術－初診(60005C)、週邊(局部)網膜雷射術－複診(60006C)】需附術前與處置之完整病歷紀錄。

(8)虹膜穿孔需有隅角鏡檢查紀錄以為審查依據。

(9)週邊虹膜雷射術(Laser Peripheral Iridoplasty)(青光眼)比照虹膜雷射術申報(60011C 或60012C)；雷射纖維化膜切開術(Laser Membranectomy)或牽引性纖維化玻璃體切開術(Laser Traction Fibrotic Vitrectomy)比照雷射後囊切開術(60013C 或60014C)申報，以一次為原則。(99/7/1)

(10)申報 YAG capsulotomy 不可再申報 slit lamp 及散瞳檢查，病歷術前需記錄矯正視力、同時需有眼底檢查記錄、施術情形；術後有追蹤時，檢附術後之矯正視力；不可在白內障術後一個月內施行。同一眼同一院所只能申報一次 60013C(初診)。如果日後再復發申報 YAG-CAPU(60014C)(複診)，應附照片佐證。

(104/1/1)(106/1/1)

原則：與第一次間隔超過一年且以一次為限。但病況嚴重需分數次雷射者，須於病歷上記載理由，並檢附照片佐證，且申報次數以三次為上限，於同一醫療院所接受雷射治療，除照片外，需再檢附前2次雷射能量及發數，以茲佐證。於不同醫療院所接受再次雷射手術治療，只需檢附照片佐證。(106/1/1)

(11)Argon 雷射(60003C、60005C)：初診即可申報之病狀 Retinal tear (hole)+/- Local RD, lattice degeneration with vitreous traction. PDR ĉ partial VH or pre-retinal hemorrhage。NVI or NVG due to retinal conditions。

偏遠且就醫不便或身體狀況不良之患者(抽審時提出說明)。

以上狀況若有必要，可同時申報兩眼，並於病歷說明原因。

(106/1/1)

10.刪除(103/6/1)

11.細隙燈檢查須附上圖形或以文字並詳述病情，不可只寫病名即申報，其適應症範圍：(106/1/1)

(1)角結膜疾病(一般結膜炎除外)。

(2)眼部異物。

(3)虹膜炎。

(4)水晶體疾病(中央健康保險局90年2月27日健保審字第90006127號函)。

(5)青光眼。

(6)玻璃體疾病。

12.23706C 角膜活體螢光細胞染色檢查已內含細隙燈顯微鏡檢查(23401C)費，不得同時申報。

13.「瞳孔散大23803C」之申報原則：

(1)間接式眼底鏡檢查(23702C)已包括散瞳費用在內，不另給付；直接眼底檢查(23501C)於情況需要散瞳時，得另行申報散瞳費。

執行23702C 間接眼底鏡檢查(已內含23803C 瞳孔放大)：(106/1/1)

甲、需附圖或以文字詳述其眼底所見。

乙、需審查是否符合下列任一病狀：

A.角膜、水晶體及玻璃體有混濁使眼底不易觀察時。

B.視網膜病變(週邊變性)。

C.飛蚊症患者(初診或症狀有變化)：若合併高度近視或有周邊視網膜變性症病史等。

D.高血壓糖尿病患者、糖尿病患者初診或接受內科轉診單(病歷附轉診單)時；以後每6個月複診以1次為限，但已有網膜病變者不在此限。

E.高度近視(＞600度)患者非以配鏡目的之相關檢查定期追蹤時，以一年1次為限，但已有網膜病變者不在此限。

F.Uveitis。

G.黃斑部病變如初診或症狀有變化時可申報，但須病歷畫圖或以文字詳述記錄，正常亦需記錄。但追蹤期間如穩定則以23501C 申報。

(2)白內障手術前因病情需要散瞳，得申報散瞳費乙次。

(3)白內障手術後門診例行之散瞳檢查，不另給付。

(4)住院期間每日例行之散瞳檢查，不另給付。

14.視覺機能訓練(53024C)以每週申報一次為原則，（該週不論做幾次訓練，僅限申報一次），每個月應附上視力矯正紀錄，並以9歲以下才可申報為原則。(97/5/1)

15.初次驗光出現散光≧2.0D，為幫助診斷及治療如有做角膜曲度檢查可以申報角膜曲度測定(23001C)，但爾後追蹤除另有變化不可再申報。(97/5/1)

16.(1)執行門診手術項目至多可申報術後換藥兩次，術後之期間不宜超過2個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。

(2)住院手術之換藥以住院日數為準。(97/5/1)

17. 眼科抽審到之案件需附病歷首頁及支持該治療前後相關之病歷影本資料，非僅當次就診之病歷影本。（若附影像，請以清晰影像檢附。）(97/5/1)(99/7/1)

18. 氣壓式眼壓測定(23305C)，應明定為疾病之診斷，及相關疾病追蹤檢查，若僅為例行篩檢，應包含於一般診察費用，申報時須有電腦印表紙；但若數據不穩定或不可靠時，最好再以其他方式來測量確定眼壓並記錄及申報。(97/5/1)(99/7/1)

19. 角膜切開術(85201C)：病理造成的散光，屬於屈光手術，如近視眼或高度散光不給付。

因各項眼內手術後造成高度散光，致兩眼不平衡時，可以申報角膜切開術。

20. 角膜潰瘍點藥、包紮申報換藥(53016C)，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報四次。

21. 病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述或圖示(得照相或文字敘述)、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。(中央健康保險局90年2月27日健保審字第90006127號函)(99/7/1)(106/1/1)

22. 刪除（104/1/1）

23. 病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓及細隙燈檢查一個月限申報乙次為原則。(中央健康保險局90年2月27日健保審字第

90006127號函）

24.刪除(99/7/1）

25.角膜縫線鬆解突出以單純角膜異物除去術53010C 申報，為降低散光之角膜縫線拆除則以85205C 申報，應檢附前後驗光單或 K-reading 佐證。(97/5/1）

26.眼瞼下垂手術(87004C、87005C、87017C)，應檢附兩眼正（平）視前方之術前照片以資備查。(99/7/1)

27.隅角鏡檢查：（104/1/1）(106/1/1)

（1）23402C 前房隅角在何時可以申報：（104/1/1）

甲、前房閉鎖性青光眼或前房狹窄易引致急性青光眼者。（104/1/1）

乙、前房隅角有異常者如 Congenital glaucoma，uveitis-induced glaucoma，Posnner-Schlossmann syndrome，Angle recession glaucoma 及其他特異性青光眼。（104/1/1）

丙、青光眼及高眼壓患者。（104/1/1）

丁、前房出血者及虹彩異常者，若前房出血嚴重致隅角及虹彩無法清晰辨識者，不得申報。(106/1/1)

（2）小樑手術、虹彩手術或雷射前後各可申報一次，狀況穩定者一般追蹤一年內不可再申報；狀況不穩定者除外，但病歷上需詳細記載。(104/1/1)(106/1/1)

28.鼻淚管相關：(106/1/1)

(1)53006C 淚管沖洗，若有持續性流淚症狀且於病歷記載，為確定診

斷可以申報，不必一定要有 positive finding，但須清楚記錄沖洗結果，此外淚囊沖洗若需重覆申報，僅限有慢性淚囊炎病患，且申報不得過於頻繁，一個月限報一次。Probing 53018C 原則亦同。(106/2/1)

DCR 及 CDCR 術後之淚道沖洗，亦適用淚囊沖洗申報，一個月限報一次。

(2)53028C 淚孔擴張：應用於 Punctum occlusion 病患，不應與 53006C 淚囊沖洗一同申報。

(3)若同時做淚管的沖洗(53006C)及探測(53018C)僅得擇一申報。

(4)CIS tube insertion (53019C)有淚管狹窄時可施行，可作兩眼處置。

29. Uveitis 病人可報眼壓及眼底檢查，一次療程以申報眼壓及眼底檢查各一次為原則。(106/1/1)

(十)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-皮膚科

1. ~~(1)~~照光治療：病歷應附照片（首次治療前），並依規定註明每次治療日期及劑量，若未註明則保險人不予給付。病情穩定者，同一療程以六次為原則。治療後每三個月照相一次檢視改善情形，每50次須重新評估。每次治療須有患者親自簽名。

(97/5/1)(99/7/1)(102/7/23)(109/5/1)

(2)刪除(109/5/1)。

2. 冷凍治療【液態氮冷凍治療(51017C)、冷凍治療－單純(51021C)、冷凍治療－複雜(51022C)】：(95/7/15)(99/7/1)

申報原則：病歷應詳實記載，治療方法須有學理根據。

(1)液態氮冷凍治療（51017C）：病灶數量需3個(含)以上或總面積大於2平方公分（＞2cm^2），或必須先做削皮(shaving)處置者。

(2)冷凍治療－單純（51021C）：病灶數量單一或總面積1平方公分以內（≦1cm^2）之單純冷凍療法。

(3)冷凍治療－複雜（51022C）：病灶數量需2個或總面積大於1平方公分至2平方公分以內（＞1cm^2 且≦2cm^2）之複雜冷凍療法。

(4)位於所有人臉部或六歲以下孩童，得以診療項目代碼51017C 申報醫療費用。(99/7/1)(101/2/1)

3. 皮膚病灶內部注射－4平方公分以下(51009C)－4-9平方公分(51010C)、皮膚病灶內部注射－9平方公分以上(51011C)

(1)申報原則：須多次治療時，每次注射應間隔一週(七天)以上，執

行率偏高者將列入重點審查。同一之囊腫若施行此處置，不得再另行申報切開排膿，應擇一申報，如為病灶廣泛之病例，須另行處方外用類固醇製劑時，應於病歷上記載清楚。

(2)適應症：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。(97/5/1)

4.刪除(99/7/1)

5.切開排膿(51020C)，限囊腫及大型膿瘍(abscess)申報。甲溝炎、毛囊炎及一般血腫之引流或傷口之引流應以【皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿皰切開)】(51004C)申報。

6.全身性溼疹，限慢性且病灶面積達全身三十％以上之個案，並須附病歷影本備查。

7.白斑患者接受紫外光化學治療之審核原則：

(1)病灶限暴露部位，病程不超過五年者。

(2)治療期限：無論合併口服或外用對光敏感劑，每週至多申報三次為原則，總共不超過五十次。

(3)因審查需要時，應要求特約醫療院所檢送相關病歷並應註明每次治療日期及劑量。如需第二個療程則須於病歷上附照片備查。

8.凡行皮膚科之切除手術，均需檢附病理報告，病歷記載應清楚，必要時可同時檢附照片(腫瘤之長度以最大直徑計算)。

9.審查醫藥專家如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後送審時應檢附照片。(102/3/1)(106/1/1)

10.施行皮膚處置之後，得視病情需要酌量開立三天以內藥物處方。

11. 皮膚科使用 tranexamic acid 之適應症限於皮膚出血性疾病。

12. 皮膚科使用口服抗黴菌藥物，如使用 Sporanox (itraconazole)或 Lamisil (terbinafine)時，原則上不宜併用 azole 類或 allylamine 類外用藥，若病情需要，建議使用其他適當之外用製劑。

13. 皮膚科使用外用藥於申報費用時，請於門診處方治療明細或住院費用醫令清單上，明示其重量或容量，俾利審查時評估藥量使用之適當性。

14. 二氧化碳雷射手術(CO_2 laser operation)62020B 適應症如下：

(1)Nevus sebaceous(皮脂腺母班)

(2)Epidermal nevus(表皮母斑)

(3)甲圍疣(Periungal warts) 限使用在有5個(含)以上，或面積大於2平方公分以上之病灶，申報時需附照片。(97/5/1)(99/7/1)

(4)Precancerous lesions include：actinic keratosis, oral leukoplakia, Bowen's disease(癌前期病變含光線角化症，口內白板症，波文氏症)。

(5)Lichen amyloidosis(苔癬性類澱粉症)。

(6)Hemangioma(血管瘤)。

(7)Skin cancers(皮膚癌)。

(8)Mibelli 型汗孔角化症(porokeratosis)。

良性腫瘤須附照片，癌前期病變及癌症須附病理報告。

15. Acne therapy 不論數目多寡，以申報一次51004C『皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿庖切開)』為原則。

16.紫外線照光治療適應症及規範（中央健康保險局九十四年七月十二日健保審字第0940068849號函）：

(1)全身性乾癬(含中、重度板塊性乾癬及點滴狀乾癬、乾癬性紅皮症)，或掌蹠局部頑固性乾癬之積極治療或維持療法，應有照片備查。

(2)白斑症，穩定型全身或局部病例，每經50次治療後，應附治療前後比較照片證明其積極療效。若無明顯療效，但停止治療後，白斑再次惡化，即紫外線治療僅具穩定病情效果者，亦應附停止時及停止治療後惡化之比較照片以供繼續治療之療效參考。

(3)成人全身頑固性異位性溼疹及全身性結節性癢疹之短期3 個月內療法，所稱全身性異位性溼疹係指病灶侵犯體表面積 30% 以上，所稱全身性結節性癢疹，應有100顆病灶以上。均應有全身及局部照片供備查。

(4)尿毒症、黃疸性皮癢症及後天性免疫缺乏徵候群之發癢性疹。尿毒性、黃疸性皮癢症僅限使用一般紫外線療法，不應使用 PUVA 治療。

(5)經切片診斷確定之皮膚T細胞淋巴瘤、淋巴瘤樣丘疹病、泛發性扁平苔癬、類乾癬(包括板塊性 en plaque)及丘疹性 PLC、PLEVA)。

(6)經切片診斷確定之全身性硬皮症、硬皮樣慢性移植物抗宿主病(GVHD)，但僅限使用 PUVA 及 UVA1治療。

(7)慢性頑固性掌蹠汗疱疹合併角化，經持續治療半年無效，應檢附照片備查。

17. 皮膚疾病使用 Antihistamine（抗組織胺）藥最多不超過2種為原則；若有例外情況應於病歷上敘明。（104/1/1）

(十一)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-神經內科

1. 門診部分審查原則及注意事項：

(1)門診處方用藥之審查，依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除了應注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。

(2)門診處方用藥之審查，尤其是抗痙劑、抗凝血劑、抗血小板藥物、降腦壓、腦血管循環促進劑、抗巴金森氏症及類固醇等類藥物容易發生使用不合理之情形，應請神經科審查醫藥專家加強審查之。(102/3/1)

(3)神經科慢性病人比例較高，也應注意其他非慢性病用藥之劑量及時間長短是否適當。

(4)須注意檢查或檢驗之必要性，對於以研究、預防或健康檢查而做與診療無關之檢驗或檢查，應加強審查。

2. 住院部分審查原則及注意事項：

(1)審查時應注意個案住院之必要性，尤其以頭痛、暈眩、背痛、全身無力及神經痛等非特異性之診斷名義住院者，請神經科審查醫藥專家加強審查之，以避免不必要住院之浮濫發生。(102/3/1)

(2)住院處方用藥之審查，尤其是抗凝血劑、抗血小板藥物、降腦壓、腦血管循環促進劑、抗巴金森氏症及類固醇等類藥物容易發生使用不合理之情形，應請神經科審查醫藥專家加強審查之，每種藥宜標明劑量、起迄日期及總量。(102/3/1)

(3)住院處方用藥之審查，應依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。(一些管理不當院所，易出現長期未進行醫令重整，致使用藥物期間過長)。

(4)應注意病歷摘要之診斷、診療記錄及明細表是否相符，應明白標示主要、次要之各種診斷。

(5)多數院所均有套裝生化檢查之設計，應注意同一住院期間，是否有必要多次進行相同之套裝生化檢查，除非必要否則應以單項複選之方式，做為住院期間追蹤。

(6)刪除 （104/1/1）

(7)皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費包括於病房費中不得另行申報，但材料費得另計。

(8)若有其他未盡事宜而與內科相關者，可參照內科審查原則辦理。

3.檢查項目審查原則及注意事項：

(1)腦波、肌電圖、神經傳導速度、誘發電位及腦血管超音波等檢查，應按病情需要，慎選個案施行，並須檢附神經專科醫師簽名之報告，對檢查頻率過高及檢查結果為正常之個案比率過高之醫療院所，加強審查。

(2)應儘量先使用前述檢查方法以確定診斷，但如經神經科專科醫師診察認為尚無法確定診斷而病情需要時，得施行 CT 或 MRI 之檢查。

(3)申報立體定位手術(37028B、37029B、83081B、83082B、83083B、 83084B)之病例需檢附手術(術前、術中、術後)照片，由審查醫藥專家依學理基礎個案審查。(102/3/1)

(4)如未有經神經科專科醫師診察而逕行施行前述神經學檢查項目者，應加強審查之，以避免檢查浮濫。

(5)神經學檢查如同時施行20013C (頸動脈超音波)、20021B(眼動脈流速測定)二項檢查之適應症：(101/2/1) (109/5/1)

甲、症狀性、缺血性腦血管疾病。

A、腦中風

B、暫時性腦缺血發作(TIA)。

乙、腦血管疾病高危險群。

丙、其他特殊腦血管疾病。

(6)施行20026B(穿顱都卜勒超音波檢查)之適應症：症狀性、缺血性腦血管疾病(腦中風或 TIA)。(101/2/1)

4.神經傳導檢查項目 NCV、F-wave、H-reflex 及 EEG 之臨床適應症如下：

(1)神經傳導速度檢查(20015B、20016B、20019B)適應症：

甲、週邊神經病變之診斷、鑑別診斷、追蹤與治療評估，包括多發性及單一性週邊神經病變。

乙、神經根病變及其鑑別診斷。

丙、運動神經元疾病。

丁、脊髓背根結節病灶。

戊、肌肉神經病變之鑑別診斷。

(2)H-reflex 檢查(20024B)之適應症：

甲、神經根病變之診斷、鑑別診斷、追蹤與治療評估。

乙、中樞神經病灶下對運動神經元之影響。

丙、上神經元病變導致 spasticity 之評估、追蹤與治療評估。

(3)F-waves 檢查(20023B)之適應症：

協助運動神經傳導檢查，作下列病變之診斷：

甲、週邊神經近端病變之診斷。

乙、神經叢病變之診斷。

丙、神經根病變之診斷。

丁、神經元病變與病變數目之評估。

(4)EEG(20001C、20002C、20004B、20005B、20006B)申報應檢附檢查報告，參考條件如下：

甲、診斷價值高：在腦半球、中腦或腦幹構造之突發性及快速惡化病情時，譬如：

A、痙攣性異常疾病，包括癲癇之診斷、追蹤與治療評估。

B、類癲癇或假性癲癇之鑑別診斷。

C、中毒性或代謝性腦症。

D、病因待確定的昏迷或意識障礙。

E、疑腦死。

F、腦血流循環降低之病情。

G、腦膜腦炎

H、退化性中樞神經疾病，如庫賈氏症、海棉樣腦症及漢疔頓舞蹈症等。

I、其他神經內科專科醫師認為有必要之臨床情況。

乙、診斷價值中等：在新進發生或進行性腦局部佔位性病變，雖然影像學診斷可更正確的定位病變，但有些情況用腦電圖可更早期診斷，甚至於只能靠腦電圖診斷，包括：

A、腦瘤

B、腦中風

C、頭部外傷

D、慢性硬膜下血腫(99/7/1)

E、腦膿瘍

丙、診斷價值較低：病變在腦半球以下且非中央位置性、陳舊性病變、病情進行性較慢或較輕者，包括：

A、小腦疾病或病變。

B、侵犯顱神經或長徑路但未波及網狀中心系統之腦幹病變。

C、精神科疾病。

D、阿茲海默症、柏金森氏症、威爾森氏症、脊髓小腦退化症等。

E、病因未確定之慢性頭痛。

診斷價值較低疾病屬於排除其他病因才能確定之診斷時，應註明需排除之疾病，以彰顯檢查之合理性。如早期阿茲海默症之診斷需排除海棉樣腦症，檢查之適應症情況應為 Alzheimer disease R/O Jakob-Creutzfeldt disease，或 Jakob-Creutzfeldt disease R/O Alzheimer disease 等。

(5)施行以上該等檢查，須於病歷上詳實記載，以維雙方權益。

(十二)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-神經外科

1.輕度頭部外傷審查規範：

(1) 入出院標準

甲、依 GCS 做為輕度頭部外傷入出院參考標準。GCS 14~15分。(106/1/1)

乙、需住院條件：有 ILOC (Initial Loss Of Consciousness) Skull fracture、IICP sign、癲癇、失憶、腦脊液鼻漏或耳漏、合併有其他需住院之傷害、酒醉用藥或獨居、輕度頭部外傷住院觀察，入院必需評估 GCS、瞳孔之光反射及神經學之變化，以3日為限；若須延長，需詳述理由，如：IICP sign 或有其他顱內病變。(99/7/1)(103/6/1)

丙、可出院條件：無神經缺損，無顱內壓亢進，排除顱內其他病變因素，即可出院。

(2) 住院檢查項目

甲、必要檢查：Skull X-ray、CXR、EKG、Blood Routine、PT、PTT、GOT、GPT、BUN、Cr、Na、K、Sugar、Brain CT。

乙、須註明理由之檢查：酒精濃度、Skull 其他 view、C-spine、pelvis。(103/6/1)

(3) 抗生素使用

甲、有 Contaminated deep wound 經縫合或創傷處置後，應可同意使用7天以內之抗生素(依細菌培養結果選用)。有 Clean surgical wound 時應可同意使用3天以內之第一線抗生素。Superficial abrasion、contusion 等，不應使用抗生素，局部換藥處置即可。有特殊情況導致傷口感染惡化之疑慮時，需詳述理由、輔以傷口細菌培養或傷口照相之連續記錄。(103/6/1)(106/1/1)

乙、無明顯外傷不應使用，使用規範依一般傷口處理原則。

丙、如有耳漏或鼻漏或其他之可能，需使用其他抗生素者，需詳述理由。

2.輕微頭部外傷病人住院案件，其醫護記錄，必須詳細記錄 coma scale、T.P.R 及神經功能之變化，以作審查參考。(103/6/1)

3.頭部外傷之檢查，若有必要應以 CT 為主，MRI 為輔。(103/6/1)

4.病人若已使用 Pulse Oximeter，則 Arterial Blood Gas 之使用宜節制，應視病情需要，如無特殊情況，1天盡量不超過1次。(103/6/1)

5.Perineal care、Foley care 不分性別皆可申報，惟應注意其 indication，不應 routine 申報。(103/6/1)

6.Specific gravity 申報，一星期內急性期 ICU care 應依其病情需要合理申報。D.I.則另外依 order 處理。

7.門診用藥，宜尊重主治醫師，依據藥品規範但以不重覆為原則，且時間不應太長。

8.Diprivan(propofol)之使用，依藥品使用規範為原則，不宜超過1星期。(106/1/1)

9.手術申報規範如下：

(1)delayed ICH，不論為同部位、不同部位或對側可全額申報，申報時病歷(手術記錄)應記載清楚並附 CT scan，若是 recurrent ICH 或 complication 則只能給付1/2。(101/2/1)

(2) Spinal stenosis 若作 Laminectomy（多節）與 Discectomy 可以申報 Discectomy×1＋Laminectomy×1/2。(103/6/1)

(3)Open depressed fracture+ICH (or EDH/SDH)，除 ICH (or EDH/SDH)之申報外，可申報 depressed fracture （83011B/83012B）為副手術（手術程序上已包含 craniectomy 與 cranioplasty 的概念，不可分別申報83015C/83016B），但須檢附 CT Scan。(106/1/1)

(4)Transsphenoidal surgery，若併矯正鼻中隔異常，可申報 SMR1/2。另 Bone Graft 可申報64002B，若取皮下組織、脂肪可申報62009C。

10.刪除(94/2/25)

11.NCV/EMG 是檢查神經生理現象，CT/MRI 是解剖影像檢查，兩者目的不同。如腰椎疾患會引起坐骨神經痛，然其只影響感覺神經未影響運動神經時，NCV/EMG 檢查可能正常，而 CT/MRI 會顯示明顯的神經壓迫。前開檢查之適當性(如 Neuropathic pain、頸椎病變又合併腕道症或其他罕見神經肌肉退化性疾病…等)，可視神經檢查發現，並需詳述其檢查結果，依個案病情審查。(97/5/1)(103/6/1)

12.Discectomy 可以不需 Laminectomy 即可辦到，則不能申報

Laminectomy 為副刀，但施行 Laminectomy 方可得到充分減壓，且確實有執行，則可視病情需要而同意申報，如有申報異常者，將加強審查。(103/6/1)

13. 開顱手術後若因腦腫顱骨無法放回時不可申報顱骨切除術（Craniectomy）為副手術，但顱骨移植至病人腹部或大腿部可另行申報骨或軟骨移植術（64002B）費用。(103/6/1)

14. 申請二次以上放射手術之專案，應檢附原治療前、治療後之影像及治療計畫；影像宜統一格式(Dicom 檔)符合健保署之 Viewer，有多處病灶之病人須描出並詳述治療計畫。（103/6/1）

15. 脊柱內固定器事前審查案件，有下列情形：(1)脊椎外傷性脫位。(2)椎間腔截面積減少30%以上者。(3)椎體前緣壓迫超過50%。(4)駝背角度超過20度。(5)脊椎因骨折致前後及側邊嚴重滑脫。(6)有神經壓迫症狀，需立即減壓者，得依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第四編第65條規定，以書面說明電傳報備後，先行處理治療。(7)TLICS(thoracolumbar injury classification and severity)分數>4者須手術固定治療。(106/1/1)

16. 使用橫向固定器(cross link)限(1)脊柱固定三節或三節以上者。(2)有骨折併脫位之情形；其中脊柱固定三節或三節以上者係指固定範圍涵蓋3個(含)以上椎體；屬三節及四節(含)椎體者可使用一組 cross link，屬五節椎體(含)以上者可使用二組 cross link，屬七節椎體(含)以上者可使用三組 cross link。(106/1/1)

17. 後根阻斷術(Rhizotomy，83021B)：(106/12/1)

(1)指近中樞神經處或神經節之神經根切除術如神經剛離開脊髓的地方(從 Rootlet 到 dorsal root gangline)。

(2)治療慢性疼痛或脊髓損傷病變後的張力過高。-spasticity, chronic segmental pain.

甲、Management of chronic intractable non-terminal pain not responsive to other modalities

乙、Treatment of cancer pain in those patients with short life expectancy (<1yr)

丙、Alternative management to treat spasticity

(3)經其它治療疼痛仍無法控制。

(4)以脊椎神經之後根切除術而言，需全身麻醉，手術時間約4-6小時，須打開椎管及硬膜再將背根神經切斷，應附手術記錄。

18.神經分離術(Neurolysis，83030B、83089B、83090B)：(106/12/1)

(1)指周邊神經因受到壓迫或外傷導致沾黏而施行的神經分離減壓手術。

(2)手術時間約2 ~6小時，應檢附 NCV/EMG 報告。

19.神經切斷術(Neurectomy，83028C、83029C)：(106/12/1)

(1)指將周邊神經切除並送病理化驗；應不包括肉眼難以辨識之末梢神經。

(2)經治療仍難以控制之神經痛。

甲、Management of chronic intractable non-terminal pain not responsive to other modalities.

乙、Treatment of cancer pain in those patients with short life expectancy (<1yr)

(3)為術後產生異常性疼痛最後治療手段，應檢附其它保守治療無效之證據。

20.神經調節(Neuromodulation) (106/12/1)

(1)指不永久破壞神經，而使用物理性或化學性之方式調節神經如電刺激等方式。

(2)可用以治療疼痛、不自主運動、某些精神疾病等如脊椎硬膜上刺激器以治療慢性疼痛或深腦刺激器治療帕金森氏症。

甲、Chronic pain-headache (migraine, cluster)、complex regional pain syndrome、neuropathy、peripheral neuralgia、ischemic pain、fail back surgery syndrome、trigeminal neuralgia.

乙、Movement disorder.

丙、Epilepsy

丁、Psychiatric disorders.

戊、Functional restoration.

己、Cardiovascular disorders.

庚、Gastrointestional disorders.

辛、Genitourinary disorders.

壬、Deep brain stimulation for obesity/cochlear nerve stimulation for tinnitus/brain and cerebrospinal drug infusion therapies for CNS disease.

(3)以疼痛置放刺激器為例，應檢附病人施行各種的疼痛治療仍無法控制疼痛(疼痛病史應為一年以上)

(4)手術時間約2小時，全身麻醉下置放，應檢附手術記錄。

21. In spine surgery，intraoperative monitor (Ex: SSEP/ NCV/ EMG) (56018B)之抽審案件，送審時需檢附報告，而且僅限於 OC junction，C1-2 , severe cord lesion , T spine surgery or high risk surgery。 如果為一般常規的 ACDF，lumbar surgery ，不予同意支付。(106/12/1)

22. 利用 stereotactic 的方式取出 ICH， 僅能申報83082B (stereotactic aspiration)不可再申報 83039B (removal of ICH)。(106/12/1)

23. 動脈瘤栓塞環(coil 白金纖維環)事前審查原則: (106/12/1)

(1)動脈瘤大小≦15mm 者，給付白金纖維環的數量原則為動脈瘤最長直徑(mm)之2倍數，例如最長直徑5mm 的動脈瘤，給付白金纖維環的數量即以10個為原則。

(2)動脈瘤大小＞15mm 者，須檢附治療計畫，依個案審查核給白金纖維環之數量。

(十三)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-精神科

1. 精神科專業審查案件，醫療院所應檢送其醫事人員之基本資料及精神醫療人力統計表，供審核參考。

2. 精神科特別護理(45040C)，為治療性質之護理需精神科專科醫師醫囑及簽名才能申報，與一般護理有別，並非每日均可申報，且加護病房不得申報，亦不得同時申報45037C、45070C。一次住院之申報天數以不超過三十天為原則，並於病歷載明理由。申報費用時，應檢附特別護理紀錄。

3. 日間住院治療費係包括精神醫療治療費用、病房費、護理費、醫師診察費等費用。

4. 心理治療評審原則：

(1)門診部分：審查時考量醫療人力、專業訓練及病情需要，並將心理治療內容摘述記載於病歷。

(2)住院部分：

甲、醫師或醫療人員例行病房迴診不宜編入心理治療部分申報，而應屬於一般診察費用內，除非有特別適應症及治療面談時間長度符合規定者，始以心理治療項目申報。

乙、申報各項心理治療之醫療院所，應有足夠之人力設施，而非每家醫療院所均能申報；心理治療內容應詳細記載於病歷。審查醫藥專家應整體考慮各種心理治療種類與次數之總和及綜合療效，不限於考慮單項治療之數目與療效。(102/3/1)

5.申報各項精神醫療治療費診療項目之案件送審時，須檢附就診當次及前後看診或治療紀錄，未檢附及用定型化單張勾選者，不予支付。各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：(95/7/15)

(1)特殊團體心理治療(每人次)(45094C)

甲、以每週二次為原則，視病情需要得增減，病歷上應有紀錄。

乙、須有治療目標及計畫。

丙、紀錄須有主題及討論內容之記載。

(2)支持性心理治療（supportive individual psychotherapy）45010C須有本項治療標題及相關內容之記載。（99/7/1）

(3)特殊心理治療（re-educative individual psychotherapy）45087C、45088C、45089C)(99/6/1)

甲、 申報時以「每次」為依據。門診部分間隔時間原則不得少於兩週，病情特殊亦不得少於一週，並需檢附治療紀錄；住院部分以每週不超過二次為原則，視病情需要得增減，病歷上應有紀錄。（104/1/1）

乙、 須有討論具體內容摘要。

丙、 使用心理治療技巧之描述。

(4)深度心理治療（每40分鐘）（intensive individual psychotherapy）45013C、45090C、45091C

甲、施行之病患須經評估；對初診及有溝通障礙之病患施行本項治療，不予給付。

乙、開始治療須有治療目標及計畫。

丙、申報時並應附治療紀錄且記錄須有討論具體內容之摘要，內容如次：

A.須有治療過程之記載。

B.須有健全化病患心理防衛機轉或發展新的或有效適應技巧之描述。(99/7/1)

C.須有改善內容之描述。

D.治療時間至少須40分鐘。

(5)支持性團體心理治療（每人次）（supportive group psychotherapy） 45016C，治療紀錄須有討論主題及內容之記載，且須有參加者之簽名。(99/7/1)

(6)深度性團體心理治療（每人次）（intensive group psychotherapy）45019C

甲、須為封閉性團體，且須載明第幾次施行本項治療。

乙、須有治療目標及計畫。【計劃需促進健全化心理防衛機轉或有效適應技巧之發展，以解決內在衝突。】

丙、紀錄內容須有主題、具體大綱、過程及時間長短之記載。

丁、治療時間至少90分鐘（不含治療前準備及治療後整理之時間。）

附註：前揭各項紀錄內容舉例說明如下：(99/7/1)

*支持性心理治療：教導病患面對問題應如何處理。

*特殊心理治療：具體例子為負向思考，如我一點用處都沒有；使用治療技巧如採用認知行為治療或給予同理等技巧，

協助病患發展適應技能。

*深度心理治療：如病患主訴交不到朋友，常與人爭吵；可與病患討論交朋友之問題，讓病患了解原因為何，另使用角色扮演之方式，教導他使用更健全技巧，進而減輕與人爭吵或改善人際互動關係。

*支持性團體心理治療：如討論昨天看的電影，討論內容為何？

6. 精神科加護病房之個案，不得再申報職能治療、深度團體心理治療(45019C)及精神科特別護理。

7. 腦波、電腦斷層檢查，以及腦圖譜分析(45079C)等非例行性檢查項目，應審慎評估其使用之適用條件；僅為研究用途等非屬於必要之治療範圍之內者，不應申報。

8. 酒癮、藥癮所引起之併發症依規定為健保給付項目，但屬於戒酒癮、戒藥癮為健保不給付之項目，醫療院所申報酒癮、藥癮引起併發症之常規性檢查，專審醫藥專家應嚴加審查其必要性，申報時須附有完整檢查資料，以避免造成醫療資源之浪費。(102/3/1)

9. 生理心理功能檢查(45046C、45098C、45099C)，申報時以「每次」為依據，門診部分間隔時間原則不得少於兩週，病情特殊亦不得少於一週，並需檢附檢查紀錄報告；住院部分以每週不超過一次為原則，視病情需要得增減，病歷上應有紀錄。(95/7/15)、(104/1/1)

10. 人格特質鑑定(45055C)需檢附鑑定紀錄報告。(101/7/1)

11. 職能評鑑(45049C)每月最多申報一次，病歷上應有紀錄

12. 精神科社會生活功能評估(45102C)視需要申報，每月至多申報一次，病歷上應有評估紀錄。

13. 對兒童、智能不足、失智、老年失智、思覺失調症等病患之主要照顧者施行治療，檢附具體之家族治療或特殊心理治療紀錄者，得申報家族治療或特殊心理治療。（104/1/1）(106/1/1)

14. 精神疾病社區復健案件送審時，應檢附以下資料參考：（97/5/1）（104/1/1）

（1）申請收案案件：首次收案時應檢附最近一個月內之狀態評量表，申請延長收案者，應檢附近6個月之評量表。（104/1/1）

（2）醫療費用案件：（104/1/1）

甲. 住民檔案首頁（含基本資料、收案時評估記錄、收案時復健計畫與策略/目標）。 (104/1/1)

乙. 每日復健訓練表（含日期、復健訓練的活動項目、評量等級、每月的表現總評），能呈現病人每天、每一時段之活動，標示即可，但要記錄病人是否在康復之家中或外出。(104/1/1)

丙. 個別化復健服務計畫（含身心健康狀態觀察、獨立生活功能訓練：自我照顧與清潔/居家環境整理/人際互動團體與禮儀訓練/社區生活適應與休閒安排、適當參與社區服務並聯結，開發社區復健資源、工作訓練與自我服藥管理、對病人之症狀觀察描述：如病人有無精神症狀）(104/1/1)

丁. 工作人員與病人會談之具體記錄；若申請延長時請檢附最近2

次會談紀錄。(104/1/1)

（3）每季評估住民各方面進步情形，檢查復健計畫並修正。(104/1/1)

（4）社區復健中心個案，必要時訪查個案的接受日間復健的適當性。(104/1/1)

15. 精神科康復之家應鼓勵住民回家或獨立居住，長期（超過1年以上）皆無回家或獨立居住個案，其每月申報超過25日應加強審查，送審時應檢附社工的轉介計畫與策略報告及社工評估個案的背景資料(原生家庭狀況)作為回歸家庭等之參考。（97/5/1）、(104/1/1)

16. 申請精神科日間住院治療費（日間全日/日間半日），於送審時，應檢附證明病患出席狀況為全日或半日之資料，此資料應含足以佐證病人出席，及離開病房之時間，或以打卡資料為依據。(101/7/1)(106/1/1)

17. 精神復健機構（日間型、住宿型）收案審查原則：(104/1/1)

依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表5.2.1規定條件收案：(104/1/1)

(1)精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞。(104/1/1)

依精神疾病患者社區復健評量表之功能量表：

甲.積極症狀需≦2（106/1/1）

乙.退化症狀≦2，≠0

丙.自殺、自傷傾向=0

丁.暴力傾向=0

戊.若有符合酒癮(Alcohol dependence)及藥癮(Substance dependence)之酒及違禁藥成癮的個案應特別註明收治理由及藥酒癮之治療目標。

(2)無嚴重之生理疾病。(104/1/1)

若有 DM、H/T、CAD、Epilepsy 應確認其安全性,並有適當治療。

(3)願意接受精神科治療,必須能規則回診,在提醒或監督下可規則服藥。(104/1/1)(106/1/1)

(4)能參與復健方案或外出工作。復健方案中需含評估與訓練計畫/策略:(104/1/1)

甲.身心健康狀態。

乙.自我照顧功能/人際關係。

丙.休閒生活安排/問題解決能力。

丁.醫療合作態度/自我服藥管理。

戊.職業功能訓練。

18.(1)「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」訂有編號:45046C、 45098C、45099C「生理心理功能檢查」、45052C「智能評鑑(每次)」及45058C「心理測驗(全套)」認知功能測驗相關診療項目,由醫師依病患病情需要擇用適當之評估測驗量表,包括「魏氏成人智力測驗」等各種量表。(109/5/1)

(2)若在短期間重測魏氏成人智力量表時,請依指導手冊,再測目的及受試者的心理狀態為基礎,並可採用第一次評估時未施測過的交替分測驗取代第一次評估時已推測的分測驗,在解釋受

試者的再測成績時，主試者再加上考慮這些變相及其他事件可能的影響。另請注意下列事項：(109/5/1)

甲.病人重測要於病歷註明理由。

乙.務必要符合任何精神科的測驗、量表，必須本人親自執行，不可僅由家屬或他人代理回答（覆）。

（十四）醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-復健科

1014復健科

101401通則

101401010門診復健同一療程

101401020復健治療檢送文件

101401032執行各類復健治療原則

101401040執行 X 光檢查之審查原則

101401050釋出復健處方案件

101401060復健處方案件會審

101402復健檢查與治療

101402012等速肌力檢查

101402022物理、職能與語言治療評估

101402030各項物理治療花費工時

101402040複雜治療項目

101402050同一治療部位不得重複使用類別類似的儀器

101402062單項熱敷治療

101402072紅外線及紫外線治療

101403神經系統病變復健

101403012抗痙攣阻斷術

101403020足部糖尿病神經炎併嚴重感覺神經功能障礙者

101404骨骼肌肉疾病復健

101404013膝關節玻尿酸注射

101404020肌筋膜疼痛症侯群之激痛點注射

101405輔具與義肢

101405012副木治療費與材料費

101401通則

101401010門診復健治療依病情需要核實申報，且每療程以不超過六次為原則；若有醫療上的需求，病人在療程未結束前經醫師評估開立新療程，需於病歷詳實記載，惟療程期間不得重疊。(102/3/1)(106/10/1)

101401020復健治療檢送文件

101401020-01對診斷不明確之處方，或病歷紀錄過於簡略，宜從嚴審查；無法判定治療之必要性時，得不予給付或予以簡單治療項目給付。

101401020-02申報復健治療時，應附醫師處方、實際治療日期，明確診斷，相關病歷摘要影本及復健治療記錄卡。(已排定時間而病患未接受治療，不得申報費用)。

101401032物理治療、職能治療、語言治療等各類復健治療，應視病情輕重施行之，每日各限申報1次。

101401040執行 X 光檢查之審查原則，對於病歷記載未經詳細理學檢查，不得逕行做 X 光檢查。(106/10/1)

101401050凡釋出之復健處方案件，應於病歷上明確記載「復健處方釋出及治療計畫(應包含治療適應症、治療項目、治療期間及預期成效)」，病人回診時需詳細評估治療後病情變化，抽樣審查時需檢附該病人之病歷影本，復健相關治療所需配合釋出處方之院所抽審案件，同步檢附復健治療相關紀錄(含治療成效)影本送審。(98/3/1) (106/10/1)

101401060審查案件中，有復健處方者，應交由復健科專科醫師會審。

101402復健檢查與治療

101402012等速肌力檢查(41006B)

101402012-01同一病人治療期間，一個月限申報1次，同一治療期間，至多申報3次。

101402012-02進行兩側性評估時，若兩側皆有病變時各依支付點數計算，僅一側有病變時，則患側依支付點數計算，另一側依支付點數一半計算。

101402012-03送審時應檢附報告。

101402022物理治療評估(42016C)、職能治療評估(43026C)、語言治療評估(44010C) (106/10/1)

101402022-01復健專科醫師或相關治療師依據專業知識及醫師之診斷，瞭解受檢測者功能狀態，從而判定其意義與預後，以擬定或修正治療計畫。

101402022-02物理治療評估、職能治療評估、語言治療評估之申報以重大複雜疾病為原則(如中風、腦創傷、脊髓損傷等)，輕症及慢性病症不得申報。

101402030有關「各項物理治療花費工時」(詳附表十五) ，供審查參考。

101402040複雜治療項目

101402040-01以積極復健期之病人為原則，病歷中應註明發病日期，以作為積極治療期間之佐證。(97/5/1)

101402040-02病人如病情需要，仍有積極功能性復健需求者，病歷應詳實記載其必要性。(106/10/1)

101402040-03超過積極治療期（詳附表十六），不宜申報複雜治療項目。(106/10/1)

101402050同一治療部位不得重複使用類別類似的儀器。(如紅外線與熱敷同時使用) (詳附表十三)(102/3/1)

101402062僅使用熱敷單項治療應以「熱敷或冷(冰)敷(47039C)」申報，不得以「簡單治療--簡單」(42002B、42003C、42005B、42006C)申報。

101402072復健治療，使用紅外線及紫外線治療時，不得以「光化治療(51018C)」或「光線治療 (包括太陽光、紫外線、紅外線，51019C)」申報。(102/3/1) (109/5/1)

101403神經系統病變復健

101403012抗痙攣阻斷術(41005C) (106/10/1)

101403012-01使用的藥物可以是酚（phenol）或是肉毒桿菌毒素，第一塊肌肉依支付點數申報，第二塊肌肉以後依支付點數之一半計算。

101403012-02同一病人同一治療部位至多四個月申報1次。

101403012-03使用肉毒桿菌毒素者，送審時應附治療計畫書與治療紀錄。

101403020足部糖尿病神經炎併嚴重感覺神經功能障礙者，不宜使用紅外線治療。

101404骨關節肌肉疾病復健

101404013對於接受膝關節玻尿酸注射之病人，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特殊特材給付規定，於注射期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑及置換人工膝關節，亦不可同時申報膝關節復健治療之費用。(101/2/1)(102/3/1) (106/10/1)

101404020肌筋膜疼痛症侯群(myofascial pain syndrome)之激痛點注射(106/10/1)

101404020-01每次門診注射以三點為限(三點以上以三點計算) ，每週至多注射1次，每一療程以3週為原則。

101404020-02每療程間隔至少2個月。

101404020-03送審時須檢附病歷資料，並敘明下列項目：

a. 激痛點注射(Trigger Point Inj)。

b. 病人曾接受哪些相關的治療方法(如藥物、物理治療等)。

c. 接受注射之肌肉名稱。

101405輔具與義肢

101405012 副木治療費與材料費(43010C 至43023C)之申報限醫療院所之自製產品方可申報。

(十五)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-放射線科

1082放射線科

108201放射線檢查

108201010普通檢查之審查原則

108201020介入性放射線學步驟之審查原則

108201032放射線檢查檢附文件

108201043動脈瘤栓塞環(coil 白金纖維環)

108202腫瘤放射治療

108202010腫瘤放射治療檢附文件

108202022放射治療之皮膚處理(109/5/1)

108203體外遠隔放射治療(109/5/1)

108204立體定位(消融)放射治療(109/5/1)

108201放射線檢查

108201010普通檢查之審查原則

108201010-01門診患者：當日於同一院所門診以不得重覆做同一項目之影像學檢查為原則，因病情需要不在此限。

108201010-02住院患者或急診患者：重症、急症或各種加護病房之患者因病情急性變化或可能危及生命，可施行2次(含)以上同一項目(含不同部位)檢查，應有報告備查。

108201020介入性放射線學步驟之審查原則

108201020-01依病情需要同時執行介入性之診療(如 PTCD 等)，特殊材料費得另計，且須檢附檢查報告，並須於病歷或報告中註明該次檢查之目的。

108201032放射線檢查檢附文件

108201032-01乳房造影術(33005B)送審時應檢附報告。

108201043動脈瘤栓塞環(coil 白金纖維環)

108201043-01動脈瘤栓塞環(coil 白金纖維環)事前審查原則: (106/12/1)

a. 動脈瘤大小≦15mm 者，給付白金纖維環的數量原則為動脈瘤最長直徑(mm)之2倍數，例如最長直徑5mm 的動脈瘤，給付白金纖維環的數量即以10個為原則。

b. 動脈瘤大小＞15mm 者，須檢附治療計畫，依個案審查核給白金纖維環之數量。

108202腫瘤放射治療

108202010腫瘤放射治療檢附文件

108202010-01治療紀錄必須註明病情、期別、治療之理由及詳記執行項目部位明細。

108202010-02急治療次數如超過1次以上須檢附原因說明。

108202010-03 36002B驗証片(每張)：為每一放射治療計畫治療前之品管驗證片，每一療程以申報一次為原則，惟數量以實際照野術數量申報，申報數量以最高6次為宜。(108/3/1)

108202010-04 36004B放射照野片1張、36005B放射照野片2張：為放射治療中執行的位置照野重現性驗證，每週以申報一次為原則；同一病灶同時執行2張放射照野片時，宜申報36005B(放射照野片2張)。(108/3/1)

108202010-05 36021C(3D電腦斷層模擬攝影)、36015B(電腦治療規劃--複雜)、37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野）與36002B(驗證片)於同一療程以申報一次為宜，其中37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野）與36002B(驗證片)以實際照野術數量申報，申報數量以最高6次為宜；如有特殊理由必須執行第二次治療計劃時(如照射靶區形狀改變或體型改變過大等)，應提出治療計畫，上述項目於同一療程得申報二次，37046B（多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野）、36002B(驗證片)申報數量原則同第一次療程。(108/3/1)

1082022放射治療之皮膚處理(109/5/1)

1082022-01申報放射線治療之皮膚處理(37026B)應有詳細皮膚反應紀錄及照射量至少超過30格雷，如低於30格雷但有皮膚反應者，應於病歷詳細記載供審查參考。(109/5/1)

108203體外遠隔放射治療(109/5/1)

10820301直線加速器遠隔照射治療，對於同一病變之複雜照射，不得申報為多次之簡單照射。(109/5/1)

108203022放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於以治癒性放射治療（curative intent）為目的者，配合現行健保申報欄位應記載為C。對於：

(1)無轉移(M0)之初診斷惡性腫瘤患者

(2)符合放射治療適應症之初診斷良性腫瘤患者

不論是術前輔助、根除性或術後輔助放射治療，每人日治療照野數之給付，原則依據實際申報治療照野數來核付。(109/5/1)

108203022-01對於ECOG為0~2分，每人日治療照野數之給付，針對治療照射範圍(PTV/planning target volume)週遭2cm內存在重要危險器官(critical OARs)或是PTV佔體內治療器官(單側)比例超過25%、(同側)體內器官累計照射(re-irradiation)超過40%、或是每日治療劑量達250cGy(含)以上者，每個治療計畫超過6個時以每人日6個照野數(弧形治療亦比照)來核付；針對非屬上述情形者，每個治療計畫超過5個時以每人日5個照野數(弧形治療亦比照)來核付。(109/5/1)

108203022-02同前，對於 ECOG 為3~4分：每個治療計畫超過5個時以每人日5個照野數(弧形治療亦比照)來核付。

＊重要危險器官：指腦幹、顱神經、脊隨、心、腎、消化道。(109/5/1)

108203032Ph 審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於放射治療可望延長生命並提升生活品質者。配合現行健保申報欄位應記載為 Ph。對於：

(1)僅有少數轉移病灶(oligometastases)之初診斷。

(2)或是已經歷過治療，且原發及轉移病灶已有效控制(partial response /stable disease)，僅有少數病灶惡化(oligoprogression)者，每人日治療照野數之給付，原則依據實際申報治療照野數來核付。(109/5/1)

108203032-01對於 ECOG 為0~2分，每人日治療照野數之給付，針對治療照射範圍(PTV/planning target volume)週遭2cm 內存在重要危險器官(critical OARs)或是 PTV 佔體內治療器官(單側)比例超過25%、(同側) 體內器官累計照射(re-irradiation)超過40%者，每個治療計畫超過6 個時以每人日6 個照野數(弧形治療亦比照)來核付；針對非屬上述情形者，每個治療計畫超過5個時以每人日5 個照野數(弧形治療亦比照)來核付。

＊oligometastases：轉移器官≦3 處且轉移之總病灶≦5 處。

＊oligoprogression：原發和轉移病灶之惡化部份，器官惡化≦3處且惡化之病灶≦5處。(109/5/1)

108203032-02同前，對於ECOG為3~4分：針對治療照射範圍(PTV/planning target volume)週遭2cm內存在重要危險器官(critical OARs)或是PTV佔體內治療器官(單側)比例超過25%、(同側)體內器官累計照射(re-irradiation)超過40%者，每個治療計畫超過5個時以每人日5個照野數(弧形治療亦比照)來核付；針對非屬上述情形者，每個治療計畫超過4個時以每人日4個照野數(弧形治療亦比照)來核付。(109/5/1)

108203042 P1 審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於：

(1)ECOG 為 3~4 分，且有多處轉移(multiple metastases)，放射治療照射部位為四肢(非軀幹)者

(2)不論ECOG為幾分，放射治療照射為四肢長骨者；治療目的係為緩解症狀而為之。

(3)實施簡單全腦照射(conventional whole brain RT)者。

每人日治療照野數之給付，原則依據實際申報治療照野數來核付。每個治療計畫最多僅同意以每人日2個照野數來核付。同時配合現行健保申報欄位應記載為P1。惟實施預防性全腦照射(prophylactic cranial irradiation)者；未轉移者(M0)應記載為C，已有轉移者(M1)記載為P1。

＊Multiple metastases：器官轉移超過3處，或轉移病灶超過5處。(109/5/1)

108203052Pm 審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於非屬 Ph 或 Pl 的緩和性放射治療為目的(palliatve intent)之患者 (*包含未轉移(M0)之初診斷患者因故選擇以緩和醫療為目的者)，為減少重要器官(critical organs)傷害，且放射治療可緩解症狀並提升生活品質。配合現行健保申報欄位應記載為 Pm。(109/5/1)

108203052-01對於 ECOG 為0~2分，每人日治療照野數之給付，原則依據實際申報治療照野數來核付，惟每個治療計畫超過4個時以每人日4個照野數(弧形治療亦比照)來核付。(109/5/1)

108203052-02對於 ECOG 為3~4分，每人日治療照野數之給付，原則依據實際申報治療照野數來核付，惟每個治療計畫超過3個時以每人日3個照野數(弧形治療亦比照)來核付。(109/5/1)

108203062對於同時以多個治療計畫治療多個照野時，得同時加總合併申報。每人日之治療照野數申報原則依據實際治療照野數和前述原則來核付，惟每人日超過6個時以每人日6個照野數來核付。(109/5/1)

108203072針對實施顱部併脊髓放射(craniospinal irradiation)治療者、或是同時實施雙側(乳房或胸壁)照射者，或是同時實施原發部位為頭頸部癌症和食道癌之聯合放射治療，以上情形每人日之治療照野數申報原則依據實際治療照野數來核付，惟每個治療計畫超過8個時(弧形治療亦比照)以每人日8個照野數來核付。(109/5/1)

108203082施行兩照野以內之姑息性治療時，電腦治療規劃僅得申報

36001B。(109/5/1)

108203092針對其它有對應之特殊治療健保申報碼者,如36014B(total body irradiation),36020B(hemi-body irradiation),P15360(breast cancer adjuvant therapy),37028B,37029B(SRS),37047B(SABR)…,不適用。(109/5/1)

108203102 electron beams 之申報照野數,依據實際治療情形審查之。(109/5/1)

108204立體定位(消融)放射治療(109/5/1)

10820401三度空間立體定位 X 光刀照射治療(37028B)、加馬機立體定位放射手術(37029B),已內含複雜電腦治療規劃(36015B)及3D 電腦斷層模擬攝影(36021C)。(109/5/1)

(十六)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-病理科

1. 病理切片檢查【第一級外科病理，眼觀檢查(25001C)，第二級外科病理，組織鏡檢確認(25002C)，第三級外科病理 (25003C)，第四級外科病理 (25004C)，第五級外科病理 (25024C)，第六級外科病理(25025C)】之計價依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理，惟申報25003C 及25004C 時，其計價為不同解剖部位以不超過四件為原則；同一解剖部位之病灶最多以二次計價，病歷未記載清楚則以同一解剖部位認定；單一病灶則以一件為原則。(102/3/1)、(104/1/1)

2. 細胞學抹片檢查無醫師判讀結果者，不予給付。但檢查結果為陰性者，仍屬判讀結果。

3. 病理科申復案件及無法明列於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之病理切片案件，應由病理科審查醫藥專家審查。(102/3/1)

(十七)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-麻醉科

1. 麻醉中(局部麻醉除外)使用動脈血氧飽和監視器(Pulse Oximeter)(57017C),每一病例給付一次。(109/5/1)
2. 病患如無法施行區域麻醉而改用全身麻醉者應於申報醫療費用時檢附相關病歷資料,並宜請麻醉審查醫藥專家依專業認定是否合理。(102/3/1)
3. 病人因病情改變,致已實施麻醉後無法繼續施行手術時,應於病歷上詳述原因,審查醫藥專家得按前述資料核實給付。(102/3/1)
4. 因外科併發症而實施麻醉者,按實際麻醉狀況,核實給付。
5. 麻醉中使用侵入性監視方法,應視麻醉危險性而定,費用是否刪除宜由審查醫藥專家依專業認定。(102/3/1)
6. 列報麻醉恢復照護費(96025B)、麻醉前評估(96026B)項目之案件,須附麻醉紀錄及麻醉專科醫師簽章。(97/5/1)
7. 96003C 朦朧麻醉之定義為:投與藥劑提供手術病人鎮靜作用。(中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇〇六一二七號函)
8. 靜脈或肌肉麻醉(IV 或 IM anesthesia)(96004C)視為全身麻醉。
9. 96004C 靜脈或肌肉麻醉之界定:執行內容須包括全身麻醉誘導藥物【short induction barbiturates(如 thiopental、methohexital)、Etomidate、Ketamine、Propofol 等】及完整紀錄(包括麻醉前評估、麻醉紀錄、麻醉恢復紀錄)(中央健康保險局九十年二月二十七日健保

審字第九〇〇〇六一二七號函）

10. 凡申報全身麻醉均須檢附完整紀錄包括麻醉前評估、麻醉紀錄及麻醉恢復紀錄，前兩項之基本記載內容及參考格式(詳附表十八)。

11. 有關麻醉申復案件，應由麻醉審查醫藥專家審查。(102/3/1)

12. 凡申報96011C神經叢阻斷術，必須加註神經叢之解剖名稱。

13. 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第2部第2章第10節麻醉費通則五規定「麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病患得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間」。爰此，住院病人麻醉時間之起點，以麻醉準備前15分鐘開始計算。(96/4/1)(102/3/1)

貳、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項

一、通則(99/1/1)

(一)本審查注意事項適用於屬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部「全民健康保險住院診斷關聯群」Tw-DRGs 支付通則適用範圍之案件。(102/3/1)

(二)Tw-DRGs 案件專業審查重點包括：

1.入院或主手術(處置)必要性。

2.診斷與處置之適當性。

3.診斷與處置編碼之正確性。

4.住院範圍相關費用之轉移。

5.超過上限臨界值(Outlier)案件醫療費用之適當性。

6.出院狀況是否穩定。

7.醫療品質之適當性。

(三)疾病分類編碼審查原則

1.Tw-DRG 之疾病分類代碼以 ICD-9-CM 2001年版、ICD-10-CM/PCS 2014年版為依據。(105/1/1)

2.主要診斷定義：

(1)經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療之主要原因。

(2)引起病人此次住院之主要原因為多重診斷時(需符合前項主要診斷之條件)，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷。

(3)住院中產生之併發症（如術後併發症）或住院中管理不當產生之危害（如住院中跌倒骨折、院內感染）不得為主要診斷。

3.次要診斷定義：

(1)次要診斷係指下列會影響病人照顧之病況：

甲、需臨床上之評估(Clinical Evaluation)、治療(Therapeutic Treatment)或診斷性之處置(Diagnostic Procedures)者。

乙、會延長住院天數(Extended Length of Hospital Stay)者。

丙、會增加護理之照護或監視(Increased Nursing Care and/or Monitoring)者。

(2)入院時已和主要診斷同時存在，或者後來才發展之情況，影響到所接受的醫療及（或）住院天數者，可為次要診斷。

4.主要處置定義：

(1)主要處置之選取以與主要診斷最相關之治療性處置為優先考量，而非以開刀房或資源耗用為優先選取原則。

(2)如有兩個以上之處置與主要診斷相關，治療性處置應優先考量，其次為診斷性及探查性處置。

(3)如有兩個以上之處置與主要診斷相關，且均為治療性處置，則以醫療資源耗用較多、複雜度較高者為主要處置。

5.以 Tw-DRG 申報之主次診斷或主次處置，應記載於出院病歷摘要。

6.以 Tw-DRG 申報之主次診斷或主次處置應有檢驗檢查報告、病理報告、手術紀錄…等臨床依據佐證，相關資料應於抽樣審查時併同病歷影本檢送。

7.審查 Tw-DRG 主次診斷或主次處置，除審閱出院病歷摘要外，尚應審閱病歷內容，如相關檢驗檢查報告、病理報告、手術紀錄…等診療依據，若上述報告或紀錄未檢附，或有檢附但無法佐證其所申報之診斷或處置者，申報之主次診斷或主次處置代碼應不予採認。

8.重要處置（significant procedure）必須編碼，若單一代碼可表示雙側處置則以單一代碼表示，若雙側處置無法以單一代碼涵蓋時，則可編該代碼兩次。

(四)保險醫事服務機構以診斷關聯群申報之案件，經專業審查有下列情形之一者，應載明理由，不予支付：

1.非必要住院及非必要主手術或處置：

(1)可門診診療之傷病。

(2)本次住院之主要是為手術或處置目的，而該手術或處置不符合本保險給付規定或適應症範圍者。

2.主手術或處置之醫療品質不符專業認定。(99/4/1)

3.病情不穩定，令其出院：(99/4/1)

(1)出院前24小時內生命徵象不穩定。

(2)尚有併發症(complication)未獲妥善控制。(99/4/1)

(3)傷口有嚴重感染、血腫或出血現象，但屬輕微感染、血腫或出血，可以在門診持續治療者除外。

(4)排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎之病患除外)。

(5)使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師

認定引流液量及顏色正常，或使用居家中央靜脈營養，可出院療養、門診追蹤處理者除外。(99/4/1)

(6)非因醫療需要之轉院。

(7)其他經醫療專業認定仍有必要住院治療者。

(五)自動出院、轉院個案，應於出院病歷摘要詳實註明理由。

(六)Tw-DRG 案件未附病歷摘要或病歷摘要與病歷不符或病歷摘要不完整（例如未記載主次診斷或主次處置、轉院者未記載轉院之理由・・・）者，應先輔導醫院改善，經輔導仍未改善者，得先行整件核減。(100/5/1)

(七)Tw-DRG 案件施行之主手術(處置)，若有應申請事前審查而未申請，或申請事前審查未獲同意者，整件不予支付。(100/5/1)

二、個別 DRG 審查注意事項(100/11/1)

MDC2 眼之疾病與疾患審查注意事項

DRG03904 雙側水晶體手術，不含玻璃體切除術(BILATERAL LENS PROCEDURES WITHOUT VITRECTOMY)

DRG03905 單側水晶體手術，不含玻璃體切除術(UNILATERAL LENS PROCEDURES WITHOUT VITRECTOMY)

審查原則：

(一)診斷正確性：

1. 確有白內障存在且已影響視力。
2. 白內障已導致視力下降，且對其日常謀生需求產生很大影響，且有病歷記載佐証。
3. 視力不良原因除白內障外，可能另有視網膜玻璃體疾病需先摘除白內障，以期能完成其他後續處理者。
4. 若合併其他的眼部疾病(如視網膜病變、青光眼、視神經病變、弱視)，則需有佐證資料說明白內障手術確實對視力有幫助或有助於其他治療。
5. 術前檢查應確實完備。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

1. 應至少符合下列其中一項，並應於病歷中詳載。

(１)患有全身系統性疾病，預期手術後可能有其他併發症者(如眼部或其他全身疾病)。

（2)有全身麻醉需要者（包含嬰幼兒手術）」或基於病人術後及預後安全考量有住院必要者。

2.病歷記載應詳盡且可佐証手術之適當性。

(三)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.依醫師判定可轉門診治療者。

2..手術傷口穩定。

3.眼內無感染跡象。

4.無術後併發症、或其併發症已獲得妥善處理。

MDC5循環系統之疾病與疾患審查注意事項

DRG11201 多條血管及其他經皮心臟血管手術(MULTIPLE VESSELS AND OTHER PERCUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES)

DRG11202 單條血管經皮心臟血管手術(SINGLE VESSEL PERCUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES)

DRG11203 經導管心臟病灶或組織剝除術(CATHETER ABLATION OF LESION OR TISSUES)

DRG11204 其他經皮心臟血管手術(OTHER PERCUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES)

審查原則：

(一)診斷之正確性：

主診斷：循環系統疾病或病變至少含括有心律不整、冠狀動脈疾病、瓣膜性心臟病任何一項。(104/1/1)

2.刪除(104/1/1)

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

1.經皮冠狀動脈擴張術應符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所訂適應症。(101/7/1)(102/3/1)

2.心臟電氣生理檢查至少應符合下列之一：

(１)有症狀之心律不整病人。

(２)心跳搏動過速而藥物治療無效，或病人無法適應藥物而選擇灼燒治療者。

(３)有附加路線心律不整病人。

（４)疑似心因性引起的昏厥或心悸。

（５)有心律不整症狀，在手術檢查時可誘發或出現心律不整者。

3.不整脈經導管燒灼術應符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定。(102/3/1)

(三) 施行本項 DRG 項目應提供之相關檢查(驗)：(104/1/1)

施行下列任一項檢查符合者－(104/1/1)

1. 靜態心電圖顯示有缺氧變化。(104/1/1)

2. 24小時心電圖或心電圖長期記錄器（有嚴重心律不整或心肌缺氧者）。(104/1/1)

3.壓力測試(stress testing)。

（１)運動心電圖。

（２)鉈201心肌灌注檢查。

（３)放射核醫心臟血管造影檢查。

（４)超音波心臟圖。

（５)其他壓力測試陽性反應者。

4.有心律不整症狀，在手術檢查時可誘發或出現心律不整者，則附上手術時的心律不整心電圖或心內電圖。

5.以上檢查應檢附圖像檔及書面報告。

(四)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.臨床症狀改善。

2.無重大併發症。

3.可以回復日常生活狀態。

DRG 124循環性疾病，急性心肌梗塞除外，有心導管，有複雜診斷

(CIRCULATORY DISORDERS EXCEPT ACUTE MI, WITH CARDIAC CATHETERIZATION AND COMPLEX DIAGNOSIS)（104/1/1）

DRG 125循環性疾病，急性心肌梗塞除外，有心導管，無複雜診斷

(CIRCULATORY DISORDERS EXCEPT ACUTE MI, WITH CARDIAC CATHETERIZATION WITHOUT COMPLEX DIAGNOSIS)（104/1/1）

審查原則：（104/1/1）

(一)診斷之正確性：（104/1/1）

主診斷：循環系統疾病或病變至少含括有心律不整、冠狀動脈疾病、瓣膜性心臟病任何一項（TW-DRG 分類手冊附表9.1所列疾病）。

(二)施行本項 DRG 項目應提供之相關檢查(驗)：（104/1/1）

施行下列任一項檢查符合者－

1. 靜態心電圖顯示有缺氧變化。
2. 24小時心電圖或心電圖長期記錄器（有嚴重心律不整或心肌缺氧者）。
3. 壓力測試(stress testing)。
   (1) 運動心電圖。
   (2) 鉈201心肌灌注檢查。
   (3) 放射核醫心臟血管造影檢查。
   (4) 超音波心臟圖。
   (5) 其他壓力測試陽性反應者。

4. 有心律不整症狀，在手術檢查時可誘發或出現心律不整者，則附上手術時的心律不整心電圖或心內電圖。
5. 以上檢查應檢附圖像檔及書面報告。

MDC6　消化系統之疾病與疾患審查注意事項

DRG16101雙側股及腹股溝疝氣手術，年齡大於等於18歲，有合併症或併發症(BILATERAL INGUINAL AND FEMORAL HERNIA PROCEDURESAGE ≧18 WITH CC)

DRG16201雙側股及腹股溝疝氣手術，年齡大於等於18歲，無合併症或併發症(BILATERAL INGUINAL AND FEMORAL HERNIA PROCEDURESAGE ≧18 WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

1.臨床症狀：雙側腹股溝凸出性腫塊。

2.理學檢查：應詳述腫塊為可還原性或不可還原性。

3.手術中若有間接型疝氣，實施高位結紮者，應附病理報告。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

1.病史及臨床可見雙側腹股溝凸出性腫塊。

2.手術紀錄應有清楚描述疝氣之分類、腹壁缺損之大小、疝氣囊之大小長度及處理之方式。

(三)出院狀態：

本項DRG個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.生命徵象穩定。

2. 傷口乾淨無感染或血腫，可門診治療者。

3. 正常進食、排氣、解尿。

DRG16102單側股及腹股溝疝氣手術，年齡大於等於18歲，有合併症或併發症(UNILATERAL INGUINAL AND FEMORAL HERNIAPROCEDURES AGE ≧18 WITH CC)

DRG16202單側股及腹股溝疝氣手術，年齡大於等於18歲，無合併症或併發症(UNILATERAL INGUINAL AND FEMORAL HERNIAPROCEDURES AGE ≧18 WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

1. 臨床症狀：單側腹股溝凸出性腫塊。
2. 理學檢查：應詳述腫塊為可還原性或不可還原性。
3. 手術中若有間接型疝氣，實施高位結紮者，應附病理報告。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

1. 病史及臨床可見單側腹股溝凸出性腫塊。
2. 手術方式：臨床為雙側疝氣，應於同次麻醉下做雙側手術。除特殊狀況外，如依病人意願需附病患聲明或醫療禁忌，請於病歷記載敘明。

(三)出院狀態：

本項DRG個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1. 生命徵象穩定。
2. 傷口乾淨無感染或血腫，可門診治療者。
3. 正常進食、排氣、解尿。

(四)違反全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準通則費用移轉或分次住院(手術)(102/3/1)

經確定是兩側疝氣，無臨床合理理由，卻分兩次手術，經查證屬實者。

DRG16305單側疝氣手術，年齡0-17歲，有合併症或併發症(UNILATERAL HERNIA PROCEDURES AGE 0-17 WITH CC)

DRG16306單側疝氣手術，年齡0-17歲，無合併症或併發症(UNILATERAL HERNIA PROCEDURES AGE 0-17 WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

1.臨床症狀：單側腹股溝凸出性腫塊。

2.理學檢查：應詳述腫塊為可還原性或不可還原性。

3.0-17歲如為間接型疝氣，需附病理報告。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

1.病史及臨床可見單側腹股溝凸出性腫塊。

2.住院需有診斷及臨床症狀與徵候之具體描述。

註：僅住院6小時或入院當日即出院未過夜者應以門診申報，不符入院條件。

(三)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.生命徵象穩定。

2.傷口乾淨無感染或血腫，可門診治療者。

3.正常進食、排氣、解尿。

(四)違反全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準通則費用移轉或分次住院(手術)(102/3/1)

經確定是兩側疝氣，無臨床合理理由，卻分兩次手術，經查證屬實者。

DRG16401 複雜診斷之腹腔鏡闌尾切除術，有合併症或併發症（LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY WITH COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITH CC）

DRG16501 複雜診斷之腹腔鏡闌尾切除術，無合併症或併發症（LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY WITH COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITHOUT CC）

DRG16402 複雜診斷之闌尾切除術，有合併症或併發症(APPENDECTOMY WITH COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITH CC）

DRG16502 複雜診斷之闌尾切除術，無合併症或併發症(APPENDECTOMY WITH COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITHOUT CC）

DRG16601 單純性腹腔鏡闌尾切除術，有合併症或併發症(LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY WITHOUT COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITH CC）

DRG16701 單純性腹腔鏡闌尾切除術，無合併症或併發症(LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY WITHOUT COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITHOUT CC）

DRG16602 單純性闌尾切除術，有合併症或併發症(APPENDECTOMY WITHOUT COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITH CC）

DRG16702 單純性闌尾切除術，無合併症或併發症(APPENDECTOMY WITHOUT COMPLICATED PRINCIPAL DIAGNOSIS WITHOUT CC）

審查原則：

(一)診斷正確性：

1. 臨床判斷參考病史、理學檢查、血球計數、手術發現等，並需有闌尾之病理切片檢查，有 fecalith、congestion、hyperemia、phlegmonous 等之病理變化者，得以單純性闌尾炎手術申報。
2. 手術紀錄或病理報告需有 acute suppurative appendicitis 破裂、穿孔、壞疽、局部膿瘍等，得以複雜性闌尾炎申報。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

(三)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1. 生命徵象穩定。
2. 傷口乾淨無感染，或有感染可在門診持續照護者。
3. 傷口如有引流管留置，其滲液無惡臭及膿樣物，出院當日要明確描述記錄於病歷內，並可在門診持續觀察和拔管子者。(101/5/1)
4. 可開始正常飲食。

MDC8　骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患審查注意事項

DRG20901髖關節再置換術，有合併症或併發症(REVISION OF HIP REPLACEMENT WITH CC)

DRG20902髖關節再置換術，無合併症或併發症(REVISION OF HIP REPLACEMENT WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

檢附術前、術後影像檢查或相關之檢查檢驗經專業認定需執行手術者。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

應至少符合下列任一項：

1. 關節植入物周圍有鬆脫或大範圍骨溶解現象。
2. 關節植入物破裂或折斷。
3. 人工關節明顯磨損。
4. 重複性脫臼肇因於植入物方向或位置不良者或軟組織逐漸鬆脫致關節穩定性差者。
5. 關節感染經清創後已達良好控制者(CRP 正常)。
6. 因創傷致使關節週圍骨折連帶關節植入物鬆脫需再置換者。
7. 骨質疏鬆併有病理性骨折，常導致該部位一再脫臼或骨折。(101/5/1)
8. 因植入物(金屬..)引起個人體質反應不良(Hypersensitivity)，必須

再更換者。(101/5/1)

(三)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1. 生命徵象穩定。
2. 傷口狀況良好，無紅腫、感染現象。
3. 能使用輔助器下床做日常活動。

DRG20907 膝關節再置換術，有合併症或併發症 (REVISION OF KNEE REPLACEMENT WITH CC)

DRG20908 膝關節再置換術，無合併症或併發症(REVISION OF KNEE REPLACEMENT WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

檢附術前、術後影像檢查或相關之檢查檢驗經專業認定需執行手術者。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

適應症應至少符合一項：

1. 關節植入物周圍有鬆脫或大範圍骨溶解現象。
2. 關節植入物破裂或折斷。
3. 人工關節明顯磨損。
4. 關節感染經清創後已達良好控制者(CRP 正常)。
5. 膝關節骨折、股骨或脛骨骨折且同時合併原先人工關節鬆脫者。
6. 人工膝關節位置不正導致膝關節功能不良。
7. 骨質疏鬆併有病理性骨折，常導致該部位一再脫臼或骨折。(101/5/1)
8. 因植入物(金屬..)引起個人體質反應不良(Hypersensitivity)，必須再更換者。(101/5/1)

(三)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.生命徵象穩定。

2.傷口狀況良好，無紅腫、感染現象。

3.能使用輔助器下床做日常活動。

DRG21002 主或次診斷為感染之髖及股骨手術，下肢關節除外，年齡大於等於18歲，有合併症或併發症(HIP AND FEMUR PROCEDURES WITH PDX OR SDX OF INFECTION, EXCEPT MAJOR JOINT,AGE ≧18 WITH CC)

DRG21003 閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，髖及股骨手術，下肢關節除外，年齡大於等於18歲，有合併症或併發症(CLOSE FRACTURE AND OTHER DISEASES AND DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE， HIP AND FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT,AGE ≧18 WITH CC)

DRG21102 主或次診斷為感染之髖及股骨手術，下肢關節除外，年齡大於等於18歲，無合併症或併發症(HIP AND FEMUR PROCEDURES WITH PDX OR SDX OF INFECTION, EXCEPT MAJOR JOINT,AGE ≧18 WITHOUT CC)

DRG21103 閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，髖及股骨手術，下肢關節除外，年齡大於等於18歲，無合併症或併發症(CLOSE FRACTURE AND OTHER DISEASES AND DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE， HIP AND FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT,AGE ≧18 WITHOUT CC)

DRG21904 閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及肱骨手術，髖、足及股骨除外(2)，年齡大於等於18歲，無合併症或併發症(CLOSE FRACTURE AND OTHER DISEASES AND

DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE，LOWER EXTREMITY AND HUMERUS PROCEDURES EXCEPT HIP, FOOT,FEMUR(2) AGE ≧18 WITHOUT CC)

DRG22404閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，其他肩肘或上肢手術，無合併症或併發症(CLOSE FRACTURE AND OTHER DISEASES AND DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE，SHOULDER, ELBOW OR FOREARM PROCEDURES WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷之正確性：

1.應檢附下列資料：

(１)骨折部位正面及側面之影像。(101/5/1)

(２)Open fracture 應註明嚴重度及照片加以說明。

2.刪除(101/5/1)

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

(三)出院狀態

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.生命徵象穩定。

2.無重大併發症。

3.傷口無感染之跡象。

DRG24301發炎性脊椎病變問題(INFLAMMATORY SPONDYLOPATHY PROBLEMS)（104/1/1）

DRG24302內科性背部問題(MEDICAL BACK PROBLEMS)（104/1/1）

審查原則：（104/1/1）

(一)診斷正確性：(104/1/1）

1. 應檢附相關影像及檢查、檢驗足以佐證者。
2. DRG 24301需附ESR或CRP，若為A.S.另附HLA-B27檢驗報告。

(二)入院或主手術（處置）之適當性：（104/1/1）

1. 背痛、腰痛經門診治療無明顯之效果，需進行發炎或疼痛控制治療。
2. 壓迫脊髓神經症狀明顯。
3. 脊椎骨折，滑脫或不穩定，暫不宜手術者。
4. 影像檢查之病灶與神經症狀符合。
5. 脊椎變形造成姿勢性駝背。
6. 有一個急性的或漸進性神經缺欠。
7. 改善或防止持續性神經功能缺損。
8. VAS＞8口服藥物治療無進展。

(三)施行本項DRG項目應提供相關之檢查(驗)：（104/1/1）

1. 影像檢查(x光或CT scan或MRI或myelogram)。
2. 神經學檢查:如N.E.，神經肌電圖檢查。

(四)出院狀態：(104/1/1)

1. 出院前24小時內生命徵象穩定。

2. 併發症已獲妥善控制。

3. 疼痛或發炎指數或神經症狀已獲改善。

4. 自動出院、轉院之個案，應於出院病歷摘要詳實註明原因。

MDC12　男性生殖系統之疾病與疾患審查注意事項

DRG336 經尿道攝護腺切除術，有合併症或併發症 (TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY WITH CC)

DRG337經尿道攝護腺切除術，無合併症或併發症(TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

本項 DRG 之主診斷正確性之審查原則如下：

1. 病情需符合下列條件中2項或2項以上：

　(１)IPSS【國際攝護腺(前列腺)症狀評分】大於或等於8分。

　(２)UFR Qmax(最大尿流速)小於或等於15毫升/秒或有尿滯留情況。

　(３)超音波測量攝護腺體積大於或等於20公克。

2. 無攝護腺癌之情況或懷疑攝護腺癌，經攝護腺切片檢查顯示無癌細胞。

3. 經醫師判斷考量病人年齡、健康狀況施行姑息性經尿道攝護腺切除術，以解決排尿問題為優先，並於病歷記載判斷考量之內容者，可不須術前切片。(106/1/1)

4. 可能因非癌症因素造成的 PSA 上升。(106/1/1)

(二)入院主手術之適當性：

入院手術必要條件如下：

1.病情須符合下列條件中2項或2項以上：

（１)IPSS 大於或等於8分，且排尿症狀造成生活困擾。

（２)UFR Qmax 小於或等於15 毫升/秒。

（３)超音波測量攝護腺體積大於或等於20公克。

（４)攝護腺肥大引起反覆性血尿。

（５)攝護腺肥大引起反覆性尿路感染。

（６)攝護腺肥大引起腎功能減退。

（７)攝護腺肥大引起之膀胱結石。

（８)攝護腺肥大引起之尿滯留。

2.建議檢附術前 PSA 報告。

3.必須附病理報告證明，手術組織標本應≧5公克，若切除之組織重量小於5公克，以79407C 經尿道前列腺切片術支付。

(三)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應無下列任一項情形：

1.生命徵象是不穩定的。

2.有嚴重血尿。

3.有未獲控制之嚴重併發症。

MDC13　女性生殖系統之疾病與疾患審查注意事項

DRG35802　腹腔鏡子宮切除術，無尿失禁手術，有合併症或併發症
(LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY WITHOUT INCONTINENCE WITH CC)

DRG35902　腹腔鏡子宮切除術，無尿失禁手術，無合併症或併發症
(LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY WITHOUT INCONTINENCE WITHOUT CC)

DRG35804　傳統子宮切除術，無尿失禁手術，有合併症或併發症
(HYSTERECTOMY WITHOUT INCONTINENCE WITH CC)

DRG35904　傳統子宮切除術，無尿失禁手術，無合併症或併發症
(HYSTERECTOMY WITHOUT INCONTINENCE WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

經由病史、身體檢查、影像學檢查、實驗室檢查資料或病理組織報告結果，且配合病患臨床症狀足以證明術式之適應症。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：

申報 hysterectomy 至少應符合下列狀態之一：

1. Leiomyomas

因診斷 Leiomyomas 而行子宮切除(hysterectomy)，至少須符合下列

任一項：

（１)abnormal uterine bleeding

（２)pelvic pain

（３)pelvic pressure

（４)others：如 ureteral compression、uterine growth after menopause、rapid growth…等

2.Dysfunctional Uterine Bleeding (如為嚴重貧血者除外)

必需對藥物治療無效或無法接受藥物治療者，需檢附最近3個月病歷供參，外院治療3個月以上無效者，應提供病歷摘要或轉診單，註明治療過程。

3.Intractable Dysmenorrhea 頑治性痛經

必需對藥物治療無效者，需檢附最近3個月病歷供參，外院治療3個月以上無效者，應提供病歷摘要或轉診單，註明治療過程。

4.Chronic Pelvic Pain

必需 uterine origin 且對非手術性(nonsurgical) 治療無效者，需檢附最近3個月病歷供參，外院治療3個月以上無效者，應提供病歷摘要或轉診單，註明治療過程。

5.Cervical Intraepithelial Neoplasia 子宮頸表皮層內的贅瘤

因 CIN 而行 hysterectomy，除需附上術前 pap smear 或 biopsy 或 conization 之報告外，原則上需符合下列任一項：

１.recurrent high-grade dysplasia

２.CIN 3 at limits of conization(圓錐形切除法)specimen

３.poor compliance with follow-up

6.Genital Prolapse

必需是 symptomatic prolapse

如 feeling of pressure、something is protruding from the vagina、low backache、feeling of heaviness、…etc.

7.Obstetric Emergency 必需符合下列任一項：

(１)postpartum hemorrhage

(２)uterine rupture that can not be repaired

(３)placenta accreta、increta、percreta

(４)others，請詳細說明理由

8.Pelvic Inflammatory Disease

plevic abscess with uterine involvement，須於病歷上詳細記載

9.Endometriosis

必需對藥物治療無效或 conservative surgical treatment(如 resection or ablation of endometrial implants)無效

10.其它須行子宮切除方能治癒疾病，請詳細說明理由並提具體證據

(三)出院狀態：

本項 DRG 個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.出院前至少24小時內生命徵象穩定。

2.可自行解尿(特殊情況者除外)。

3.正常胃腸功能，恢復飲食。

4.病人之衛教：

（1)沐浴及個人衛生。

（2)傷口之照料。

（3)活動程度(包括性生活等)之衛教。

（4)口服藥。

（5)回診時間。

DRG 36001陰道、子宮頸及陰唇手術，有合併症或併發症（VAGINA, CERVIX, AND VULVA PROCEDURES WITH CC）（104/1/1）

DRG 36002陰道、子宮頸及陰唇手術，無合併症或併發症（VAGINA, CERVIX, AND VULVA PROCEDURES WITHOUT CC）（104/1/1）

審查原則：（104/1/1）

(一)入院或主手術(處置)之適當性：（104/1/1）

1. 無症狀的陰道、子宮頸及陰唇良性病灶不須手術。
2. 患者主觀性對陰道、子宮頸及陰唇結構不滿意(如美容手術)非屬健保給付範圍。
3. 會陰部血腫不一定需清瘡引流，如有需要病歷應註明理由。

(二)出院狀態：（104/1/1）

1. 出院前至少 24 小時內生命徵象穩定。
2. 可自行解尿(特殊情況者除外)。
3. 正常胃腸功能，恢復飲食。
4. 病人之衛教：
   (１)沐浴及個人衛生。
   (２)傷口之照料。
   (３)活動程度(包括性生活等)之衛教。
   (４)口服藥。
   (５)回診時間。

DRG 36801 女性生殖系統感染，有合併症或併發症（INFECTIONS, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM WITH CC）（104/1/1）

DRG 36802 女性生殖系統感染，無合併症或併發症（INFECTIONS, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM WITHOUT CC）（104/1/1）

審查原則：（104/1/1）

(一)入院或主手術(處置)之適當性：（104/1/1）

1. 子宮附屬器膿瘍常會波及鄰近器官，但多為表層感染或黏粘，若子宮無直接侵犯導致無法保留，則不須一併切除子宮。
2. 骨盆腔發炎一般只需口服抗生素居家治療即可，若有下列情事，可考慮住院治療：
   （１)有緊急手術的可能性(如無法排除急性闌尾炎)。
   （２)病患懷孕。
   （３)患者對口服抗生素效果不佳。
   （４)患者有嚴重症狀(如噁心、嘔吐、嚴重腹痛或發燒不退)。
   （５)患者經檢查認為有子宮附屬器膿瘍。
3. 女性生殖系統感染且住院治療的患者，生命跡象穩定及症狀改善與病灶控制後，即可出院續用口服抗生素治療，無須持續住院至抗生素療程結束。
4. 會陰與陰道的感染一般不需住院，門診治療即可；若有嚴重膿瘍需清瘡引流，可住院處置，惟病歷應註明理由。

(二)出院狀態：（104/1/1）

1. 出院前至少 24 小時內生命徵象穩定。

2.可自行解尿(特殊情況者除外)。

3.正常胃腸功能，恢復飲食。

4.病人之衛教：

(１)沐浴及個人衛生。

(２)傷口之照料。

(３)活動程度(包括性生活等)之衛教。

(４)口服藥。

(５)回診時間。

MDC14　妊娠、生產與產褥期審查注意事項

DRG370　剖腹生產，有合併症或併發症(CESAREAN SECTION WITH CC)

DRG371　剖腹生產，無合併症或併發症(CESAREAN SECTION WITHOUT CC)

DRG513自行要求剖腹生產 OWN REQUIREMENTS CESAREAN SECTION

(104/1/1)

審查原則：

(一)診斷正確性：

1. 由病歷記錄及產前檢查記錄，確認妊娠週數。

2. 非自行要求剖腹者，須經由病歷紀錄、產前相關檢查結果，且配合病患臨床症狀確認術式之適應症。(104/1/1)

(二)刪除(104/1/1)

（三）出院狀態：(104/1/1)

1. 出院前至少24小時內生命徵象穩定，或可排除傷口感染之其他原因之發燒，如乳腺炎、上呼吸道感染等不影響出院治療。
2. 可自行解尿(特殊情況者除外)。
3. 正常胃腸功能，恢復飲食。
4. 子宮收縮良好。
5. 惡露量正常。
6. 刪除 (104/1/1)
7. 病人之衛教：(104/1/1)

（1）沐浴及個人衛生。

(２)傷口之照料。

(３)活動程度(包括性生活等)之衛教。

(４)口服藥。

(５)回診時間。

DRG372 陰道分娩，伴有複雜診斷(VAGINAL DELIVERY WITH COMPLICATING DIAGNOSES)

DRG37301 陰道分娩，無複雜診斷，有合併症或併發症(VAGINAL DELIVERY WITHOUT COMPLICATING DIAGNOSES WITH CC)

DRG37302 陰道分娩，無複雜診斷，無合併症或併發症(VAGINAL DELIVERY WITHOUT COMPLICATING DIAGNOSES WITHOUT CC)

審查原則：

(一)診斷正確性：

1. 由病歷紀錄及產前檢查資料，確認產婦為妊娠週數大於20週之陰道生產。
2. 若費用低於下限之案件，已於醫院外急產，則不應以足月產當主診斷。
3. 提供相關診斷或合併症或併發症病史、檢查、檢驗或治療之具體資料。

(二)入院或主手術（處置）之適當性：

應有基本血液檢查報告及產程進展圖，若有特殊處置如D&C或biopsy應有檢體並附病理報告。

(三)、出院狀態：

本項DRG個案在出院時，應符合下列出院狀況：

1.生命徵象穩定，病患出院前24小時無發燒感染。

2.子宮收縮良好。

3.惡露量正常或無血塊。

4.會陰傷口癒合良好。

5.基本上自行解尿順暢（有時膀胱無力，可告知攜帶Foley回家，並予衛教）。

6.病人衛教（嬰兒餵哺、沐浴及照顧，乳房護理…等）。

DRG37601 無手術之產後及流產後診斷 (1)POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITHOUT OPERATING ROOM PROCEDURES(1)（104/1/1）

DRG37602 無手術之產後及流產後診斷(2)，有合併症或併發症 POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITHOUT OPERATING ROOM PROCEDURES(2) WITH CC(104/1/1)

DRG37603 無手術之產後及流產後診斷(2)，無合併症或併發症 POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITHOUT OPERATING ROOM PROCEDURES(2) WITHOUT CC(104/1/1)

DRG37604 無手術之產後及流產後診斷(3)，有合併症或併發症 POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITHOUT OPERATING ROOM PROCEDURES(3) WITH CC(104/1/1)

DRG37605 無手術之產後及流產後診斷(3)，無合併症或併發症 POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITHOUT OPERATING ROOM PROCEDURES(3) WITHOUT CC(104/1/1)

DRG37701 伴有手術之產後及流產後診斷(1)POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITH OPERATING ROOM PROCEDURES(1)（104/1/1）

DRG37702 伴有手術之產後及流產後診斷(2)，有合併症或併發症 POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITH OPERATING ROOM PROCEDURES(2) WITH CC(104/1/1)

DRG37703 伴有手術之產後及流產後診斷(2)，無合併症或併發症 POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITHOUT OPERATING ROOM PROCEDURES(2) WITHOUT CC(104/1/1)

DRG37704 伴有手術之產後及流產後診斷(3)，有合併症或併發症

POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITH OPERATING ROOM PROCEDURES(3) WITH CC(104/1/1)

DRG37705 伴有手術之產後及流產後診斷(3)，無合併症或併發症 POSTPARTUM AND POSTABORTION DIAGNOSES WITHOUT OPERATING ROOM PROCEDURES(3) WITHOUT CC(104/1/1)

審查原則：（104/1/1）

(一)診斷正確性：（104/1/1）

1.由病歷記錄及臨床症狀，確認生產或流產。

2.由臨床症狀及相關病史，確認合併症及併發症是否與生產或流產有關。

3.若有合併症，應提供合併症、病史、檢查、檢驗及治療具體資料。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：（104/1/1）

1.應附必要之血液、生化及理學檢查，說明必要住院之原因。

2.除非特別情況，小於妊娠12週(含)且無合併症及併發症，應排除住院。

(三)施行本項 DRG 項目應提供相關之檢查(驗)：（104/1/1）

1.血液檢查（含血色素、白血球、血小板、白血球分類）。

2.生化（含 CRP）。

3.血液細菌培養報告。

4.若有特殊處置，應有檢體並附病理報告。

(四)出院狀態：（104/1/1）

1.生命徵象穩定，出院前24小時無發燒感染。

2. 子宮收縮良好。

3. 惡露量正常。

4. 自行解尿正常。

5. 病人衛教：口服藥、回診時間、緊急回診或急診的情況、哺乳及退奶及乳房護理。

DRG37801腹腔鏡子宮外孕手術 LAPAROSCOPIC ECTOPIC PREGNANCY PROCEDURES(104/1/1)

DRG37802子宮外孕手術 ECTOPIC PREGNANCY PROCEDURES(104/1/1)

DRG37803子宮外孕 ECTOPIC PREGNANCY(104/1/1)

審查原則：(104/1/1)

(一)入院或主手術(處置)之適當性：(104/1/1)

應附必要之血液、生化、理學檢查說明必要住院及說明子宮外孕開刀必要之原因。

(二)施行本項 DRG 項目應提供相關之檢查(驗)：(104/1/1)

須提供下列相關之檢查(驗)

1.基本血液報告(Hb、Hct、WBC)。

2.血清 βHCG。

3.檢體之病理報告。

4.腹腔鏡手術應附相片。

5.超音波記錄証明子宮外孕及外孕破裂出血的影像。

說明：子宮外孕不一定要到生命跡象不穩定時才開刀

(三)出院狀態：(104/1/1)

1.生命徵象穩定。

2.出院前24小時無發燒感染。

3.無合併症。

4.自行解尿正常。

5.衛教。（沐浴、個人衛生、傷口照護、活動、口服藥、回診）

DRG38001無子宮擴刮術之流產，有合併症或併發症 ABORTION WITHOUT DILATION AND CURETTAGE WITH CC(104/1/1)

DRG38002無子宮擴刮術之流產，無合併症或併發症 ABORTION WITHOUT DILATION AND CURETTAGE WITHOUT CC(104/1/1)

DRG38101伴有子宮擴刮術之流產或子宮切開術，有合併症或併發症 ABORTION WITH DILATION AND CURETTAGE, ASPIRATION CURETTAGE OR HYSTEROTOMY WITH CC(104/1/1)

DRG38102伴有子宮擴刮術之流產或子宮切開術，無合併症或併發症 ABORTION WITH DILATION AND CURETTAGE, ASPIRATION CURETTAGE OR HYSTEROTOMY WITHOUT CC(104/1/1)

審查原則：(104/1/1)

(一)入院或主手術(處置)之適當性：(104/1/1)

1.應附必要之血液，生化及理學檢查說明必要之住院及手術之原因。

2.除非特別情況，小於妊娠12週(含)且無合併症及併發症，應排除住院。

(二)施行本項 DRG 項目應提供相關之檢查(驗)：(104/1/1)

1.血液檢查（含血色素、白血球、血小板、白血球分類）。

2.βHCG。

3.病理組織檢查報告。

4.生化（含 CRP）。

5.血液細菌培養報告。

(三)出院狀態：（104/1/1）

1. 生命徵象穩定。
2. 出院前24小時無發燒感染。
3. 無合併症。
4. 自行解尿正常。
5. 惡露量正常。
6. 傷口無感染現象。
7. 病人衛教：口服藥、回診時間、緊急回診或急診的情況、退奶及乳房護理。

DRG382假產 FALSE LABOR(104/1/1)

審查原則：（104/1/1）

(一)診斷正確性：（104/1/1）

1.由病歷記錄及產前檢查記錄，確認妊娠週數。

2.由臨床檢查確認生產跡象。

(二)入院或主手術(處置)之適當性：（104/1/1）

入院的理學檢查及胎心音監視器確定生產徵象。

(三)施行本項 DRG 項目應提供相關之檢查(驗)：（104/1/1）

1.胎心音監視記錄。

2.產程記錄。

(四)出院狀態：（104/1/1）

1.子宮收縮變小變少。

2.無產程進展。

3.病人衛教解說：生產的徵象，門診回診。

附表一　刪除(99/7/1)

附表二

個案活動能力評估表

Karnofsky Scale

級別	描述
0	完全活動。能維持所有之活動，不受任何限制。
1	能夠步行及維持輕度工作，如：簡單之家務、辦公室之工作，但受制於體力消耗量大之活動。
2	能夠步行及維持自我照顧，但無法進行辦公或家務。50％以上之清醒時間，可以起床活動不必限制在床上或椅子上。
3	只能維持有限之自我照顧，超過50％之清醒時間，活動限制在床上或椅子上。
4	完全無法活動，不能進行任何自我照顧，且完全限制在床上或椅子上。

Barthel’s Score

附表三

項目	分數	內容	日期			
一、進食	10	□自己在合理時間內（約十秒鐘吃一口）可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。				
	5	□需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。				
	0	□無法自行取食或耗費時間過長。				
二、輪椅與床位間的移位	15	□可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。				
	10	□需要稍微的協助（例如：予以輕扶以保持平衡）或需要口頭指導。				
	5	□可自行從床上坐起來，但移位時仍需別人幫忙。				
	0	□別人幫忙方可坐起來或需別人幫忙方可移位。				
三、個人衛生	5	□可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。				
	0	□需要別人幫忙。				
四、上廁所	10	□可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服。使用便盆者，可自行清理便盆。				
	5	□需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者，可自行取放便盆，但須仰賴他人清理。				
	0	□需它人幫忙。				
五、洗澡	5	□可獨立完成（不論是盆浴或淋浴）。				
	0	□需要別人幫忙。				
六、行走於平地上	15	□使用或不使用輔具皆可獨立行走50公尺以上。				
	10	□需要稍微的扶持或口頭指導方可行走50公尺以上。				
	5	□雖無法行走，但可獨自操縱輪椅（包括轉彎、進門及接近桌子、床沿）並可推行輪椅50公尺以上。				
	0	□需別人幫忙推輪椅。				
七、上下樓梯	10	□可自行上下樓梯（允許抓扶手、用拐杖）。				
	5	□需要稍微幫忙或口頭指導。				
	0	□無法上下樓梯。				
八、穿脫衣服	10	□可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。				
	5	□在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。				
	0	□需別人幫忙。				
九、大便控制	10	□不會失禁，並可自行使用塞劑。				
	5	□偶爾會失禁，（每週不超過一次）或使用塞劑時需人幫忙。				
	0	□需別人處理。				
十、小便控制	10	□日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。				
	5	□偶爾會尿失禁（每週不超過一次）或尿急（無法等待便盆或無法及時趕到廁所）或需別人幫忙處理尿套。				
	0	□需別人處理。				
總分						

0　　20　　40　　60

完全依賴　　嚴重依賴　　顯著依賴　　功能獨立

附表四　刪除(99/7/1)

附表五 刪除(109/5/1)

附表六 ~~(97/5/1)(99/7/1)~~刪除(102/3/1)

保險人特約醫事服務機構透析日期及EPO注射紀錄表(102/7/23)（105/1/1）

附表七

八十八年元月五日訂定

104年11月30日修訂

流水號	第一次洗腎			姓名	出生年月日	透析日期	透析日期及注射紀錄															EPO總量	檢驗						BUN或Ccr值	備註
	年	月	日	身分證編號	年齡	EPO劑量	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		次數	1	2	3	4	5		
				1	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				2	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				3	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				4	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				5	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				6	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				7	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				8	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				9	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				10	年 月 日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
																					合計		總金額NT$ 元整							

附註：
1. CAPD患者註明EPO投予日期即可，並在備註欄寫CAPD。
2. 本紀錄表請於費用申報時與門診處方及治療明細一併填報。
3. 限門診洗腎患者申報，住院期間使用者，日期、劑量仍請註明填入，影印一份附於住院醫療費用醫令清單另行申報，不得與門診併計費用。
4. EPO使用者每次洗腎日均請填明劑量欄，使用時註明劑量，未使用時以(/)註明。
5. 用量合計務必填寫清楚。
6. 流水號欄請依保險人特約醫事服務機構門診處方及治療明細之流水號碼填字。(102/7/23)

附表八

洗腎異常動態表

民國八十八年元月五日訂定

104年11月30日修訂

一、基本資料：________________

醫療院所 __________________________ 代號

病患姓名_____________ 身份證字號___________________ 流水號

出生_____年____月_____日 年齡______ 開始洗腎日期_______ 乾體重

二、適應症：

1.絕對適應症

□末期腎病並有 Ccr≦5ml/min □血清 Cr≧8mg/dl

2.相對適應症：重度慢性腎衰竭且Ccr≦15ml/min或血清Cr≧6mg/dl，且有下列任何一樣併發症者

□心臟衰竭或肺水腫 □心包膜炎 □出血傾向

□神經症狀：意識障礙、抽搐或末稍神經病變

□高血鉀(藥物難以控制) □噁心、嘔吐(藥物難以控制)

□惡病體質 □重度氮血症(BUN>100mg/dl)BUN________mg/dl

□代謝性血酸(藥物難以控制)

三、檢驗結果

BUN______Cr____ K____ Na______Hct______HB ______ Co_2_________（105/1/1）

□附Ｘ光片或報告

四、洗腎異常理由

醫師簽名 _______________ 專科證號_______________

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(106/1/1)

TTAS 級數 / 判定依據	一級	二級	三級	四級	五級
	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識					
綜合描述	無意識	意識改變	清楚的意識狀態		
GCS	3-8	9-13	14-15 (應使用其他變項判定級數)		
呼吸道	無法保護呼吸道				
對刺激反應	無反應或僅對疼痛或大聲的叫喚出現無意義的反應動作	可定位痛點，對聲音刺激有含糊或 不適當的語言回應			
意識狀態	意識程度持續惡化	疲倦嗜睡、反應遲鈍、眼神呆滯、 無定向感、躁動不安、暴力動作、 無法安撫	清楚的意識狀態、有定向 感、可安撫		
抽搐	持續抽搐	剛抽搐結束			
肌張力	肢體癱瘓	虛弱無力，無法坐起			

備註：

1. 只適合急性變化(7 天內意識改變，且與情況穩定時意識有差異)。

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
二、呼吸：					
綜合描述	重度的呼吸窘迫：呼吸衰竭，為過 度的呼吸工作而產生疲憊現象，明 顯發紺及意識混亂或沒有呼吸。	中度的呼吸窘迫：呼吸費力、呼吸 工作增加、使用輔助肌。	輕度的呼吸窘迫：呼吸困難，心跳過速，在走動時有呼吸急促的現象，沒有明顯呼吸工作的增加。		
說話	單一字或無法言語	片語/不成句	可使用句子		
呼吸道	上氣道阻塞致口水外流	明顯或惡化的喘鳴呼吸聲，但呼吸 道仍暢通。	氣喘呼吸聲、呼吸道暢通		
呼吸次數	<10 次/分				
呼吸窘迫姿勢		嗅吸姿勢/三點支撐姿勢/拒絕躺下			
呼吸輔助肌使用/ 鼻孔張合	鼻孔張合且合併肋間、肋下、胸骨 上、胸骨下、鎖骨上凹陷	僅鼻孔張合或胸骨上輕微凹陷			
血氧飽和度	＜90%	＜92%	92% - 94%		

備註：

1.分級判定依據以描述性定義為主，除重度呼吸窘迫或 O2 saturation 外，不以呼吸次數或其他絕對值為分級標準。

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

判定依據 \ TTAS 級數		一級	二級	三級	四級	五級
		復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)						
三、循環						
綜合描述		休克：組織灌流不足或缺氧，典 型的徵象：皮膚冰冷、盜汗、蒼 白、呼吸急促、意識模糊不清。	血行動力循環不足： 血壓偏低但未出現休 克徵象，但血液灌流 處於邊緣不足狀態。	生命徵象接近正常範 圍之臨界值。(應使用 其他變項判定級數)		
每分鐘心跳次數	＜3M：	≦100 或 ≧200				
	3M -3Y：	≦80 或 ≧180				
	＞3Y：	≦60 或 ≧150				
膚色		嘴唇、黏膜發紫	肢端發紫，蒼白/斑駁			
微血管填充時間		>4 秒	>2 秒	≦2 秒		
低血壓 (> 1 Y)		收縮壓< 70mmHg				

備註：

1.原則上兒科患者應在檢傷站測量血壓，但兒童無法配合者，可暫不量，但在可配合情況下，仍應完成血壓測量。

2.兒童有神經系統，呼吸系統，心臟血管系統相關主訴，仍應測量血壓。

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
四之一　體溫過高(>38.0C)					
不分年齡	＞41℃				
< 3M		>38℃			
3M-3Y		免疫功能缺陷或有病容	無病容		
>3Y		免疫功能缺陷	有病容	無病容	
四之二　體溫過低(<35℃)					
不分年齡	＜32℃				
< 3M		32℃- 36℃			
> 3M		32℃- 35℃【備註4】			

備註：

1. 體溫測量採和中心溫度接近之測量結果，如耳溫及肛溫等方法，但三個月以下嬰幼兒，建議測量肛溫，若無法測量肛溫，建議採用測量結果接近中心溫度之其他方法。
2. 在體溫過高部分，發燒之定義為中心體溫 >38.0C。除中心體溫>41˚C 歸為一級外，其他範圍的發燒情況，皆不以絕對值作為分級的規範，而是考慮病患是否有病容、是否為免疫不全的狀態來決定檢傷級數。
   - 免疫功能缺陷：白血球過少、曾接受移植手術、長期使用類固醇、疑似敗血性休克、癌症、ESRD 等病患。
   - 有病容：臉色潮紅、脈搏加快、脈壓變寬、焦慮、機動或混亂的情形。
   - 無病容：心跳和脈壓正常、;意識警醒、清楚的定向感。
3. 體溫過低之定義為中心體溫　<35℃，中心體溫＜32℃歸為一級，小於三個月之嬰兒< 36℃歸為二級。
4. 大於三個月之兒童在環境暴露所引起之低體溫也增列 32-35℃之判定依據，但此情況不適用於非環境暴露者。

附表九之二、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-疼痛嚴重度(106/1/1)

TTAS 級數 判定依據	一級 復甦急救	二級 危急	三級 緊急	四級 次緊急	五級 非緊急
疼痛嚴重度					
嚴重(8-10)		嚴重(8-10)			
中度(4-7)			中度(4-7)		
輕度(0-3)				輕度(0-3)	

備註

1.疼痛量表(使用十分量表)

2.兒童疼痛不分中樞和周邊，只以疼痛嚴重度作為分級標準

表九之三、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-受傷機轉(106/1/1)

TTAS 級數 / 判定依據	一級	二級	三級	四級	五級
	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
高危險受傷機轉					
一般創傷		1.汽機車車禍 2.行人或腳踏車被汽車撞到 3.由大於 6 公尺高處跌落 6.任何受傷在頭部、頸部、軀幹、或靠近手肘和膝蓋處的穿刺傷 7. 槍傷			
頭部創傷		1.車禍被拋出車外 2.未繫安全帶撞到擋風玻璃 3.行人被車輛撞倒 4.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 5.被人使用鈍器攻擊（拳腳除外）			
頸部創傷		1.汽機車車禍 2.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 3.頭部被垂直撞擊者			

備註

1.兒童之高危險受傷機轉採用與成人一樣標準

2.兒童病患使用外傷主訴時，以中樞疼痛嚴重度作為分級標準

3.懷孕少女遭受外傷時，可依 TTAS 原始判定級數再往上調高一級

表九之四、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準首要調節變數分級綜合列表(106/1/1)

TTAS 級數 / 判定依據	一級 復甦急救	二級 危急	三級 緊急	四級 次緊急	五級 非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識	*	*			
二、呼吸窘迫	*	*	*		
三、血行動力	*	*			
四、體溫	*	*	*	*	
疼痛程度(Pain Scale)		*	*	*	
高危險受傷機轉		*			

說明：

首要調節變數(First order modifiers)

- 生命徵象(Vital signs)

  a.意識：1、2 級

  b.呼吸：1、2、3 級

  c.血行動力學：1、2 級

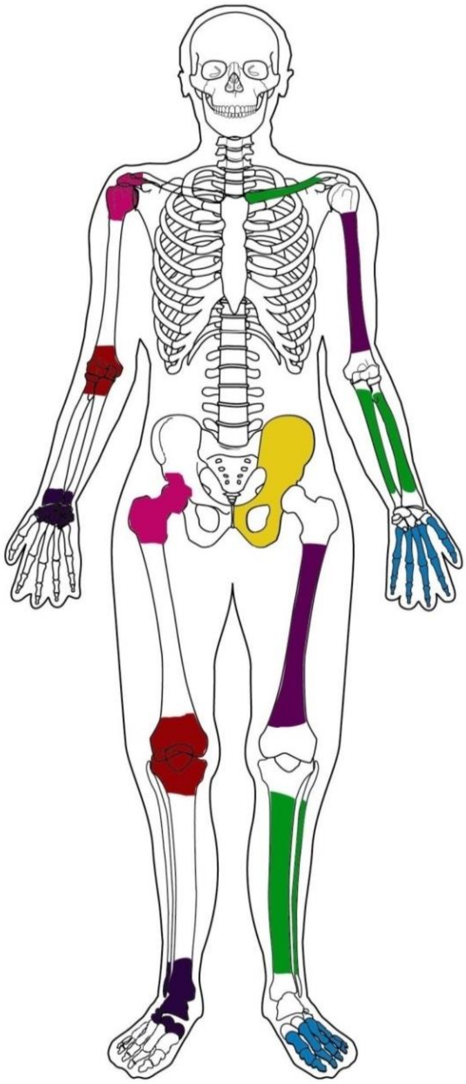
  d.體溫：1、2、3、4 級

- 疼痛程度(Pain Scale)：2、3、4 級

- 高危險受傷機轉：2 級

手術野圖示表

※不同顏色為不同手術野
※Hemi-pelvis為一手術野



附表十一 刪除(102/3/1)

附表十二 刪除(102/3/1)

同次治療不可併同申報項目

附表十三

項目代號	不可併同申報項目 （不論是否相同部位）	不可併同申報 （只限同部位）
PTS2治療性冷／熱敷	全身水療	紅外線、石蠟浴、上肢水療、下肢水療、紫外線、短波、微波
PTS3紅外線	全身水療	治療性冷／熱敷、石蠟浴、上肢水療、下肢水療、全身水療、短波、微波
PTS4石蠟浴	全身水療	治療性冷／熱敷、紅外線
PTS6短波	全身水療	微波、治療性冷／熱敷、紅外線
PTS7微波	全身水療	短波、紅外線、治療性冷／熱敷
PTS8向量干擾		經皮神經電刺激、超高頻
PTS9經皮神經電刺激		向量干擾、超高頻
PTS10超高頻		向量干擾、經皮神經電刺激
PTS12紫外線		治療性冷／熱敷
PTM2上肢水療		治療性冷／熱敷、紅外線
PTM3下肢水療		治療性冷／熱敷、紅外線
PTM4全身水療	治療性冷／熱敷、紅外線、石蠟浴、短波、微波	

註：紅外線均指近紅外線

附表十四 刪除(106/10/1)

附表十五

各項物理治療花費工時

代號	名稱	人工花費		機器操作	
		範圍	平均	範圍	平均
PTS1	牽引	10-15	10	15-30	20
PTS2	治療性冷／熱	5-10	7	15-30	20
PTS3	紅外線	5-15	10	15-30	20
PTS4	石蠟浴	5-15	10	20-30	20
PTS5	超音波	5-15	10	10-15	10
PTS6	短波	5-15	10	20-30	20
PTS7	微波	5-15	10	20-30	20
PTS8	向量干擾	10-15	10	15-30	20
PTS9	經皮神經刺激	10-15	10	20-30	20
PTS10	超高頻	10-15	10	20-30	20
PTS11	低能雷射治療	5-15	10	5-15	10
PTS12	紫外線	10-20	10	10-20	10
PTS13	磁場治療	10-15	10	30-40	30
PTS14	循環治療	10-15	10	20-30	20
PTM1	肌肉電刺激	20-30	20	20-30	20
PTM2	上肢水療	20-30	20	30-50	30
PTM3	下肢水療	20-30	20	30-50	30
PTM4	全身水療	30-45	40	40-90	40
PTM5	被動性關節運	15-30	20	15-30	20
PTM6	牽拉運動	15-30	20	15-30	20
PTM7	運動治療	10-30	20	15-30	20
PTM8	傾斜台訓練	20-40	20	20-40	20
PTM9	肌力訓練	15-30	20	15-30	20
PTM10	耐力訓練	15-30	20	15-30	20
PTM11	按摩	10-20	10	10-20	10
PTM12	鬆動術	15-30	15	--	--

各項物理治療花費工時

代號	名稱	人工花費		機器操作	
		範圍	平均	範圍	平均
PTM13	姿態訓練	15-30	20	--	--
PTC1	促進技術	20-30	20	--	--
PTC2	平衡訓練	20-30	20	--	--
PTC3	義肢訓練	20-30	20	--	--
PTC4	等速肌力訓練	20-30	20	20-30	20
PTC5	心肺功能訓練	20-30	20	--	--
PTC6	行走訓練	20-30	20	--	--
42016C	物理治療評估	20-45	30	--	--

PTC1-PTC6可能合併實施其他物理治療項目，惟不另計費用。

復健治療積極治療療程

類別	積極治療療程
(一)腦血管意外 cerebrovascular accidents (CVA)	6個月
1.輕癱 2.偏癱	12個月
(二)頸部症候群 cervical syndrome	3個月
(三)下背症候群 low back syndrome	3個月
(四)脊髓傷害 spinal cord injury	6個月
1.下半身癱 2.四肢癱	12個月
(五)截肢 amputation	2個月
1.BK 或 BE 2.AK 或 AE	3個月
(六)冷凍肩(五十肩)frozen shoulder	6個月
(七)顏面麻痺 facial palsy	3個月
(八)關節炎 arthritis	3個月
(九)骨折 fractures	6個月
(十)其他骨科疾病 other orthopaedic disease 肌腱炎	1個月
(十一)扭傷與挫傷 sprain & strain	1.5-3個月
1.膝內障	1.5-3個月
2.踝扭傷 3.其他扭傷或挫傷	1-3個月
(十二)腦性麻痺 cerebral palsy	依臨床實際需要
(十三)頭部外傷 head injury	6個月
1.下半身癱 2.四肢癱	12個月
(十四)脊髓灰質炎,小兒麻痺 poliomylits	依臨床實際需要
(十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺)Peripheral nerves injury	3個月
1.單一周圍神經(peroneal、ulnar、median、radial) 2.臂神經叢	6-9個月
(十六)其他神經疾病 other neurological disease	申報費用時附專案申請書
(十七)全人工膝(股)關節置換術後 total hip & knee	3個月
(十八)心臟復健 cardiac rehabilitation	
1. 急性心肌梗塞	3個月
2. 心臟手術後	3個月
3. 心臟衰竭	3-6個月
4. 心臟移植	6個月
(十九)胸腔復健 chest rehabilitation	
1.胸腔手術前後 pre & post chest operation	3個月
2.慢性阻塞性肺疾病 COPD	3個月

類別	積極治療療程
(二十)發育遲緩、注意力不集中/過動症、自閉症	依臨床實際需要
(二十一)其他 others	申報費用時附專案申請書

物理治療綜合評估表

評估日期____年____月____日

（參考使用說明）　　□神經□骨科□心肺□小兒□其他　評估表試用版

項目號碼	項目名稱	無障礙請打勾	有障礙之簡單評估	有障礙需詳細評估（請附詳細評估紀錄）
1	警覺性、注意力、認知行為與配合度（COG__G）	□	□嗜睡，□混淆，□昏迷， □對外界完全無反應，□失智症，□低智商， □注意力不集中，□情緒障礙， □無法表達自己之意見， □無法了解簡單之指令， □較缺乏主動參與治療的意願， □其他	1A 1B
2	關節活動度(ROM_G)	□	□有輕微限制但無功能障礙 □明顯關節攣縮： （關節活動度1.完全限制(0-20%)；2.很有限制(21-40%)；3.中等程度限制(41-70%)；4.有一點限制(71-90%)） □全身關節，□左上肢，□左下肢 □右上肢，□右下肢，□頸椎，□腰椎 □其他	2A 2B 2C
3	肌肉力量、肌肉表現(MUSCLE_G)	□	□全身虛弱 □左上肢____級，□左下肢____級， □右上肢____級，□右下肢____級， □其他	3A、3B 3C、3D 3E、3F
4	感覺功能、疼痛(SEN_G)	□	□視覺障礙，□聽覺障礙，□前庭覺障礙， □本體覺障礙，□觸覺障礙 疼痛部位：□左上肢，□左下肢，□右上肢，□右下肢，□頸部，□腰部，□胸部 其他異常___：□左上肢，□左下肢，□右上肢，□右下肢，□臉，□口部	4A 4B
5	動作功能、平衡、姿勢與步態(MOTOR_G)	□	□床上活動困難 □轉位困難 □坐之功能異常 □站之功能異常 □走不穩 □上肢功能受限 □姿勢或動作型態異常 □其他	5A

6	運動能力、耐力(AERO_G)		□多半時間在床上	6A、6B
			□無法在自宅四周活動 □無法在社區活動 □其他	
7	維生系統、輔具與環境(Device)		・備有輔具【寫1】；已有輔具，但使用不良【寫2】或需要輔具【寫3】 □單枴，□四腳拐，□四腳助行器， □有輪助行器，□特殊推車，□擺位輔具 □輪椅，□足踝裝具，□膝踝足裝具， □頸圈，□束腹或背架，□其他 ・環境協助【請打✓】 □24小時需看護，□部份時間需看護， □出門困難， ・其他用品【請打✓】 □氣切，□鼻胃管，□尿管，□尿布， □呼吸器，□使用氧氣 □其他請註明：	7A
8	專科特殊檢查(SPEC_G)	□	請註明：	

1A：意識、注意力、記憶、攻擊行為　　1B：兒童認知發展測量工具

2A：主動(被動)關節活動度　　2B：肌長度

2C：關節內動作(joint play)檢查

3A：徒手肌力測試　　3B：臉部肌肉肌力

3C：阻力測試　　3D：兒童肌力測試

3E：肌肉張力評估　　3F：肌腱反射評估

4A：一般感覺功能評估　　4B：疼痛評估

5A：功能評估

6A：實驗室檢查結果　　6B：一般心肺功能評估

6C：藥物使用　　6D：心肺疾患危險性評估

6E：簡易之肌耐力測試　　6F：簡易有氧運動耐力測試

7A：輔具需求評估

附表詳見(P89至 P155)：行政院衛生署八十八下半年及八十九年度委託研究計劃之〝物理治療前瞻支付制度規劃含（特約物理治療所）作業〞委託研究報告

物理治療目標設定與治療計畫擬定：（請勾選適當項目）

<table>
<tr><td>物理治療目標</td><td></td><td>物理治療計畫</td></tr>
<tr><td>家屬與病人期望：
◯減低依賴度
◯具生活自理之能力
◯減少併發症
◯能出門活動
◯能恢復上學、上班或持家等角色
◯其他</td><td>治療師預期達成目標：
◯減低依賴度
◯具生活自理之能力
◯減少併發症
◯能出門活動
◯能恢復上學、上班或持家等角色
◯其他</td><td>治療安排與項目：
・種類：☐門診 ☐住院 ☐居家 ☐其他
・治療頻率：________次／每週
・每次治療時間：____________分鐘</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐促進病患之警覺性、注意力與認知能力
☐促進關節活動度
☐避免關節攣縮或變形
☐增加肌肉伸展度(Muscle flexibility)
☐促進肌肉力量及表現
☐避免肌肉萎縮或肌力減退
☐促進感覺功能
☐教導適當處置方式以避免皮膚受傷害
☐減輕疼痛
☐增進下肢動作功能，包括：
☐床上活動能力
☐轉位能力
☐平衡功能
☐行走功能
☐增進上肢動作功能及日常生活功能自理能力
☐增進動作發展或正確動作模式
☐促進有氧運動能力及耐力
☐輔具評估及建議
☐環境評估與促進環境整合、家屬教育等
☐其他</td><td>☐提供正向、積極的學習環境或刺激
☐知覺認知訓練
☐被動/主動輔助性/主動關節運動
☐關節鬆動術(Joint mobilization technique)
☐肌肉伸展運動/肌肉放鬆技巧
☐肌力增強訓練
☐電刺激
☐感覺處理技術
☐教導正確翻身/擺位技巧、自我皮膚檢查方法
☐儀器治療
☐教導日常生活正確姿勢與技巧
☐床上活動訓練
☐轉位訓練
☐輪椅活動訓練
☐坐姿/站姿姿勢矯正、靜/動態平衡訓練、坐⑤站訓練
☐步態矯正、步行輔具行走訓練〈含平地、樓梯、斜坡、不平路面的訓練〉、步行速度訓練
☐日常生活功能訓練，如：進食、梳洗、穿脫衣物、洗澡、如廁等
☐發展增進技術
☐誘發技術、反射抑制技術
☐動作(再)學習技巧、工作取向訓練、運用正確生物力學原則
☐動作協調訓練
☐腳踏車、跑步機、上肢運動器訓練
☐輔具處方及教導使用技巧
☐居家環境評估、環境調整建議、居家治療計劃之擬定與訓練
☐其他</td></tr>
</table>

附表十八

麻醉前評估

姓名__________□男□女　　病歷號碼__________年齡____身份 □健保 □一般

科別__________床號________手術名稱__________________　手術日期____年____月____日

<table>
<tr><th>病患自我評估</th><th>病患之基本資料</th></tr>
<tr><td>為了提供更安全舒適的手術麻醉，希望您能確實填寫，並請詳閱“麻醉同意書說明及注意事項”，如有其他問題，請在麻醉醫師術前評估時當面提出。
是 否
□ □1.是否曾經接受過任何麻醉(□全身麻醉□硬脊膜外麻醉□半身麻醉□其他)
2.是否曾患以下的疾病
□ □心臟病(如心絞痛、心衰竭、高血壓)
□ □肝臟病(如肝炎、膽道結石等)
□ □腎臟病(如腎炎、尿毒等)
□ □血液病(如貧血、白血病等)
□ □胸腔病(如結核、氣喘等)
□ □糖尿病
□ □腦血管病變(中風)
□ □惡性腫瘤
3.目前是否有使用下列藥物
□ □止痛劑(如阿斯匹靈)
□ □抗凝血劑
□ □抗高血壓藥物
□ □利尿劑
□ □心臟病藥物(如救心等)
□ □抗過敏或排斥藥物</td><td>1.E.K.G.：

2.X-ray：

3.生化檢查：

4.其他：</td></tr>
<tr><td>□ □類固醇藥物(包括中藥、黑藥丸等)</td><td>麻醉專科醫師綜合意見</td></tr>
<tr><td>□ □是否曾有藥物過敏狀況？
□ □4.你或你家人中是否曾有異常出血情形(如拔身後流血不止)
□ □5.目前是否已懷孕。
□ □6.最近一週內有否感冒。
□ □7.身上有否任何人造物體(義眼、義肢、假牙：□固定　□活動)
□ □8.是否有抽煙、嗜酒的情況？
□ □9.是否有患癲癇、中風昏眩等。
□ □10.是否有精神病史。
□ □11.是否有家族性高體溫。
□ □12.是否有其他疾病或身體不適需告知醫師，請說明__________________。</td><td>麻醉危險分級(ASA)□Ⅰ□Ⅱ□Ⅲ□Ⅳ□Ⅴ□Ⅵ
是否為急診手術□是□否
麻醉方式
□96004C 靜脈或肌肉麻醉
□96005C 硬脊膜外麻醉
□96007C 脊髓麻醉
□96011C 臂神經叢阻斷術(含 i.v.regional)
□96013C 尾椎麻醉
□96017C 面罩式全身麻醉
□96020C 插管全身麻醉

麻醉醫師簽章：
麻醉專科醫師證號：麻專醫字第　　　　號</td></tr>
</table>

<<<<>>>>醫院麻醉醫療記錄

姓名 病歷號 科別 床號 ASA 1 2 3 4 5 6	SEX / AGE / NPO Y/N / A.B O AB RH +/-	HT / WT.	ANESTHESIOLOGIST SURGEON	RESIDENT ANESTHETIC NURSE	DATE OR( ) PREVIOUS ANES HX Y/N PRE-OP CONDITION
PRE-OP DX			PROCEDURE		

ANES METHOD	AGENTS	
INTUBATION S. # C.X.A.B.F. L. cm N.O.D.T.		N2O O2
PREMEDICATION	FLUID	
INDUCTION	EBL URINE SpO2 ETCO2 TIME	
	BP HR BT ANESX IN-/ Exiube ^/v OP BP / mmHg HR	℃ 40 38 36 34 32 30 / 200 150 100 50
MONITOR ECG A-LINE NIBP CVP SpO2 PA Cath ETCO2 EEG TEMP TEE		
	/min	SPONT ASSIT CONTL
TOTAL INTAKE CRYSTALLOID cc COLLOID cc WHOLE BLOOD u PACK RBC u PLATELET u FFP u	REMARK POSITION TV/RR PEAK AWY CVP PH PO2 PCO2 BE Na/K Ca Hct SUGAR	
TOTAL OUTPUT BLOOD LOSS cc URINE cc NG cc OTHER	COMMAND	
麻醉專科醫師簽章		

本記錄經麻醉醫師學會認證合格印行

全民健康保險特定疾病之住院基本要件(105/1/1)

中央健康保險局八十四年二月廿八日健保醫字第八四〇〇一五三八號公告

衛生福利部中央健康保險署104年6月26 日健保審字第1040035724號函令修正

序號	ICD-9-CM	（105.1.1生效） ICD-10-CM/PCS	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一）
01	466 485 465	J20-J21 J18 J06	急性支氣管炎 Acute Bronchitis 支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified 急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection	一、成人： 發燒超過三天以上 白血球＞10000(Seg>80％ or Ban>5％） 二、小兒： ①新生兒及早產兒間歇性發燒活動力欠佳，且白血球數約20,000以上或6,000以下 ②嬰幼兒間歇性發燒3天以上且活動力欠佳 ③反覆發燒、發冷合併呼吸急促或四肢發紫等，而查不出原因或有敗血症可能性者 ④發燒及中性白血球數降到1,000/mm，或血小板70,000/mm以下，或有其他免疫障礙 ⑤併發痙攣或意識不正常，但未能證實有中樞神經系統感染者 ⑥營養不良，癌症或其他嚴重慢性病者
	493	J45	氣喘Astahma	一、急性發作： ①嘴唇及指趾發紫 ②精神或意識障礙 ③肺功能降低至原最佳數值之70％以下 ④動脈血氧在70 Torr以下，二氧化碳在40 Torr以上 ⑤呼吸困難，對氣管擴張劑或藥物治療之反應不佳者或有氣喘重積狀態 ⑥併發高燒查不出原因者 ⑦併發肺炎 二、慢性發作 ①藥物治療仍無法讓病人進行日常生活 ②日夜肺功能之相差在30％以上 ③有嚴重之先天性心臟病、風濕性心臟病、或慢性肺病者 ④營養不良或其他嚴重慢性病者
	491	J41-J42 J44	慢性支氣管炎 Chronic Bronchitis	①有呼吸困難、或意識不清現象 ②有缺氧(PaO_2<60)、或呼吸次數>30次/min ③併發細菌感染者

序號	ICD-9-CM	(105.1.1生效) ICD-10-CM/PCS	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
02	592	N20 N22	腎結石 Renal Satone 輸尿管結石Ureter Stone (include stone street after ESWL)	①合併阻塞性腎病變(腎水腫或腎臟功能減退或電解質異常) ②合併有感染 ③合併有頑固性疼痛 ④腎結石如無水腫 a.結石大小直徑大於等於0.5cm b.結石小於0.5cm,但位置、型態於三個月內不可能排出 ⑤輸尿管結石如無水腫: 無論結石大小,在四週內於遠端輸尿管無結石移動跡象
03	531 532 533 535	K25 K26 K27 K29	胃潰瘍 Gastric Ulcer 十二指腸潰瘍 Duodenal Ulcer 消化性潰瘍 Peptic Ulcer 胃炎及十二指腸炎 Gastritis and Duodenitis	①發生出血或穿孔 ②發生腸阻塞現象 ③診斷有惡性傾向者: *經內科適當治療八至十二週後,未能癒合之消化性潰瘍 *經放射線學或內視鏡檢查後發現消化性潰瘍有下列病徵者: a.潰瘍週圍之粘膜襞形成結節狀、杵狀、融合、突然中斷。 b.潰瘍邊緣隆起、增厚、不規則或形成腫瘤。 c.經組織細胞學診斷為胃粘膜異常發生或疑有惡性細胞者。 ④潰瘍頑固疼痛無法進食者 ⑤潰瘍急性發作時持續嘔吐無法進食者
04	571	K70 K73 K74 K75.4 K75.81 K76.0 K76.89 K76.9	肝硬化 Liver Cirrhosis 肝炎 Hepatitis	①急性肝炎發作SGPT>300以上,或Bilirubin >3以上 ②發生肝昏迷、或肝腎衰竭、或低血糖、或腹水現象 ③有出血或其他併發症者 ④須作特殊治療或檢查者
05	386	H81-H83	暈眩症 Vertiginous syndromes and other Disease of Vestibular system	①眩暈發作致行動不便或併持續性嘔吐而無法進食或併急性聽力喪失 ②明顯自發眼振或兩側性注射眼振 ③神經耳科學檢查出現耳神經病變者 ④需實施外科手術治療者
06	583	N05-N07 N14-N16	腎炎及腎病變 Nephritis and Nephropathy	①有血尿、或蛋白尿,須作特殊檢查者 ②有水腫對治療反應不佳、或有電解質異常、或酸鹼度不平衡須接受治療者 ③其他腎功能不全傾向者或迅速惡化者
07	595 597 599.0	N30 N34 N39.0	尿路感染 U.T.I: 膀胱炎 Cystitis 尿道炎 Urethritis 尿道感染	①有發燒及頻尿經藥物治療三日以上仍未改善者 ②有菌血症傾向 ③經常復發或有其他併發症或疑有先天性異常須住院檢查者

序號	ICD-9-CM	（105.1.1生效） ICD-10-CM/PCS	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
08	401 402	I10 I11	自發性高血壓 Essential Hypertension 高血壓性心臟病 Hypertensive Heart Disease	①高血壓危機(Hypertensive crisis) ②併有心臟衰竭、或腎功能不全者 ③懷疑2°高血壓
09	850 854 873	S06.0 S06.1-S06.3 S06.8-S06.9 S01.0 S01.2 S01.4-S01.9 S03.2 S08.0 S08.8 S09.12 S09.8-S09.90 S09.93 （前述第7位碼皆須為"A"） S02.5(第7位碼皆須為"A、B"）	腦震盪 Concussion 顱內損傷 Intracranial Injury 無合併症之頭蓋傷 Other Open Wound of Head	頭部外傷住院要件： ①Glasgow Coma Scale低於十三分（含）以下者 ②理學檢查X光檢查發現顱骨骨折者 ③電腦斷層等檢查發現顱內病變者 ④65歲以上或6歲以下，並有嚴重頭痛與嘔吐者 ⑤外傷後曾經有過記憶喪失或意識障礙者 ⑥外傷後曾經有過神經系統障礙如失語症、運動或知覺障礙者 ⑦外傷後曾發生癲癇症狀者 ⑧有頭部硬直或腦膜刺激症狀者
10	922	S20.0 S20.2 S30.0-S30.3 （前述第7位碼皆須為"A"）	軀幹挫傷 Contusion of Trunk	①淤傷面積大於10×5公分者 ②產生Rhabd omyolysis者 懷疑合併腹膜炎、腹內出血者
	891	S81.0-S81.8 S86.0-S86.9 S86.02 S86.12 S86.22 S86.32 S86.82 S86.92 S91.0 S96.02 S96.12 S96.22 S96.82 S96.92 （前述第7位碼皆須為"A"）	膝、腿（大腿除外）及踝之外傷 Open Wound of knee, Leg (except Thigh) and Ankle	①傷口長度大於10公分或深度大於2公分 ②產生Avulsion Flap、或Tendon Rupture、或Hemoarthrosis者 ③合併有神經或血管損傷或骨折者 ④為動物咬傷引起全身性不良反應者 ⑤大於65歲，傷口大於5公分者 ⑥病人凝血因素異常者 ⑦受傷過程曾因失血過多產生休克或昏厥者 ⑧病患合併有心、肺、肝、腎功能不全者

第二部
西醫基層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4月7日健保審字第0930068296號函公告修正
中央健康保險局94年2月25日健保審字第0940068620號函公告修正
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號函令修正
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96年3月12日健保審字第0960062072號函令修正
中央健康保險局96年7月5日健保審字第0960062187號函令修正
中央健康保險局96年8月6日健保審字第0960062211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97年4月16日健保審字第0970012203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6月18日健保審字第0980095034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2月25日健保審字第0990074102號函令修正
中央健康保險局99年5月31日健保審字第0990051357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3月29日健保審字第1000075057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7月3日健保審字第1030035693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104年6月26日健保審字第1040035724號函令
衛生福利部中央健康保險署104年11月30日健保審字第1040036706號函令
衛生福利部中央健康保險署105年12月12日健保審字第1050080727號函令
衛生福利部中央健康保險署106年1月11日健保審字第1060081002號函令
衛生福利部中央健康保險署106年7月14日健保審字第1060081104號函令
衛生福利部中央健康保險署106年8月15日健保審字第1060081114號函令
衛生福利部中央健康保險署106年11月14日健保審字第1060081152號函令
衛生福利部中央健康保險署106年12月25日健保審字第1060081164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3月23日健保審字第1090034829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

壹、一般原則：

一、刪除(101/7/1)

二、刪除(101/7/1)。

三、審查醫藥專家依相關法令規定辦理，並基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。

前項專業審查，審查醫藥專家審查醫療服務案件，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他審查醫藥專家審查，必要時

得提審查會議審查。(102/3/1)

四、刪除(101/7/1)

五、審查時應注意因病患年齡、性別不同而影響病情及疾病的分布。

六、審查時若發現醫療院所有申報異常，如疾病分布不正常、用藥浮濫、住院日偏長等，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解，並將訪查結果通知審查醫藥專家，繼續追蹤管理。(102/3/1)

七、使用藥品，應依病情變化、藥品核定適應症及全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，若發現醫療院所有嚴重申報異常，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解。(102/3/1)

八、用藥審查原則

(一)神經系統藥物

1.「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品」之審查原則(依食品藥物管理署104年5月6日 FDA 管字第1041800227A 號函修訂)：(106/12/1)

(1)醫師應在使用其他藥物及方式控制疼痛無效後，始得考慮為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方使用成癮性麻醉藥品。

(2)送審資料應檢附院內「管制藥品管理(委員)會」評估該類病人且決議同意使用之會議相關資料及最近6個月內之「使用成癮性麻醉藥品病人同意書」，否則不予支付。

(3)使用藥品應以口服劑型為主，當該類病人不能口服或口服效果不佳時，可改用舌下劑、貼片劑或針劑，並明確記載

理由，其藥品處方天數如下：

甲、病人應親自回診領藥，每次處方口服藥、舌下劑以14日為限，貼片劑以15日為限，針劑以7日為限。

乙、行動不便之病人，經評估認定其病情穩定，且經「管制藥品管理(委員)會」審查同意，其每次處方口服藥、舌下劑以28日為限，貼片劑以30日為限，針劑以14日為限。

(4)該類病人每次回診時，至少應就下列事項詳細評估並記錄，送審時需檢附：

甲、疼痛狀況。

乙、藥品相關之副作用。

丙、生理、心理之功能及狀態。

丁、藥物相關之異常行為。

(二)抗微生物劑(106/12/1)

1.同類同抗菌範疇之抗生素若未能都進行藥物敏感性試驗時，得以其中之一種藥物的敏感性試驗結果做為使用其他同類同抗菌範疇藥物合理性之判定參考。

(1)第一代頭孢子素，包括 cephalothin, cefazolin, cephradine, cephaloridine, cephapirin。

(2)非 cephamycin 類之第二代孢子素，包括：cefamandole, cefonicid, cefuroxime,cefotiam 等。

(3)Cephamycin 類之第二代頭孢子素，包括 cefoxitin, cefmetazole。

(4)不具抗 Pseudomonas 活性之第三代頭孢子素，包括：

cefotaxime, ceftizoxime, ceftriazone, cefmenoxime 等。

(5)Aminoglycoside 類中之 tobramycin 與 netilmicin。

(6)Fluoroquinolone 類，包括 norfloxacin, ofloxacin, enoxacin, ciprofloxacin 等。

(7)Glycopeptide 類之 vancomycin 與 teicoplanin。

(8)合併β-lactamase inhibitor 類之 Augmentin 與 Unasyn。

九、保險對象是否需要住院以及住院天數是否過長，原則上應尊重主治醫師之專業判斷，惟各醫院應於病歷上敘明住院之適當理由，以利審核。

十、(一)刪除(99/7/1)

(二)刪除(101/7/1)

十一、審查時應掌握時效，以維護醫療院所之權益。

十二、審查中有核減時，應註明核減理由。

十三、審查醫藥專家對審查其本人或配偶所服務之醫療院所及其三親等內血親、姻親所設立之醫療院所醫療費用案件，應予迴避。(102/3/1)

十四、審查有關人員對審查內容或因審查而知悉之公務，應保守秘密，不得洩漏。審查醫藥專家並不得將各類審查案件攜出審查場所。(102/3/1)

十五、申報手術項目費用時，應檢附手術同意書及麻醉同意書，其內容依中央主管機關規定，未檢附者，不予支付該項費用。

十六、西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定。

十七、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)

十八、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)

十九、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：(95/12/1)

1.影響病人安全之處方者。

2.非必要之連續性就診者。

二十、刪除(99/1/1)

二十一、(99/4/1)

申報項目	適應症或條件
電腦自動視野儀檢查— Screen（23610C）	高眼壓症(IOP≧22mmHg)，疑青光眼患者兩眼眼壓差距大於4 mmHg 或兩眼視神經盤凹陷相差過大者。
內視鏡喉頭異物取出術（54018C）	係指藉內視鏡取出位於喉及下咽部的異物,血塊或分泌物者屬之，病歷上應記載詳實，申報時需附報告，手繪或影像圖片皆可。

血紅素電泳 （08030C）	1. 小血球性貧血最主要的因素有二： （1） 缺鐵性貧血 （2） 地中海型貧血 2. 血紅素＜6mg/dl，不論原因建議住院。 3. 一般血液檢查屬小血球性貧血時，建議成人血紅素＜6mg/dl（即是缺鐵性貧血）予以轉診住院治療。 4. 血紅素介於6mg/dl～10 mg/dl 之間，有以下情形，且經專業判斷須進行治療者，可執行本項檢查： （1）有疑似地中海型貧血者或有地中海型貧血家族史者。 （2） 必須區別地中海型貧血之類型。 （3） 小血球性貧血補充鐵質後仍未改善者。
β-HCG 絨毛膜促性腺激素-乙亞單體（12022C）	1.月經過期，確認是否懷孕(如果驗尿無法確認)。 2.懷疑與追蹤子宮外孕。 3.懷疑與追蹤不完全流產或流產進行中。 4.懷疑妊娠滋養層細胞病變(包括葡萄胎與絨毛膜癌等)。
經尿道（直腸）超音波檢查（19017C)：(101/7/1)	1.經直腸超音波檢查：評估攝護腺大小及攝護腺癌可能。 2.經尿道超音波檢查：評估膀胱腫瘤局部侵犯程度。

二十二、(100/5/1)

診療項目	增修條文
一、純音聽力檢查（22001C）	1.懷疑有病理性誘因導致之聽力變化或障礙時，或耳鳴時，得安排純音聽力檢查，以獲取聽檢數據，釐清病因，或作為進一步轉診之參考數據。 2.病歷清楚記載主訴或病史符合施行純音聽力檢查之適應症。 3.需附純音聽力檢查報告圖(包括雙耳骨導、氣導值)。
二、前玻璃體切除術	1.水晶體、人工水晶體異位或二度人工水晶體植入手術：附照片。

診療項目	增修條文
（86203 C）	2.單純性白內障但合併玻璃體、視網膜相關疾病：附 B 型超音波。 3.青光眼相關疾病(惡性青光眼）：附相片或相關病歷表。 4.玻璃體、視網膜相關疾病：附 B 型超音波。
三、甲狀腺原氨酸放射免疫分析（27001C）	1.懷疑有 T3 toxicosis 者，得實施甲狀腺原氨酸放射免疫分析。 2.病歷上應記載懷疑有 T3 toxicosis 之症狀、理學檢查和其他檢查。
四、甲狀腺刺激素免疫分析（09112C）	1.根據病患之症狀與理學檢查疑有甲狀腺功能異常者，得實施甲狀腺刺激素免疫分析。 2.病歷上應記載懷疑有甲狀腺功能異常之症狀與理學檢查。
五、輸卵管外孕手術（97017C）	1.證據顯示病人疑似子宮外孕情形即可施行「輸卵管外孕手術」。 2.除緊急狀況院所可於病歷說明緊急原因並詳述病人主要症狀外，其餘情況應檢附超音波檢查報告、尿液懷孕試劑或 β-HCG 檢驗結果。

二十三、X-RAY 審查原則：

1. 申報 X 光片者之抽審案件，須附照片或 X 光片原片之原件(或原件的電子圖像檔案)者，其原件(或原件的電子圖像檔案)上需註記患者姓名、攝影日期、攝影時間、病歷號等資料，如並非填寫於原件上、品質不良、不清晰、無法辨識其照片或 X 光之病人真偽者，一律從嚴審查。(104/1/1)

2. 診療項目32015C-32018C，同一對稱部份且為同一輻射照野施行 X 光檢查(如二膝或二腕的 A-P view)，應視為同一診療行為，以申報一次為原則。(95年11月6日健保醫字第0950060411號函) (108/3/1)

3. 放射線診療 X-RAY(32001C-32023C)，連續拍攝第二張以上，採第一張點數8折支付並以不同醫令申報，其連續拍照係為病人於同一次且同一攝影室拍攝多張。(106年11月14日健保審字第1060036294號函)（108/3/1）

4. 同一個案同一疾病如需照多次照射，如骨折或關節脫位的復位治療，於治療前及治療後等，如因病情需要且符合醫療常規，並於病歷註明原因，得依臨床實際狀況得施行二或二次以上同一項目(含不同部位)檢查。(108/3/1)

二十四、執行之超音波檢查、病理組織檢查、內視鏡檢查及醫療服務給付項目明訂需檢附報告者，送審時應檢附報告。(106/12/1)

二十五、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準涉及以重量、長度區分支付點數之項目，有手術紀錄者，以手術紀錄內容之組織重量或長度，作為支付之依據。(106/12/1)

二十六、「流行性感冒 A 型病毒抗原(14065C)」及「流行性感冒 B 型病毒抗原(14066C)」之審查原則：(106/12/1)

1. 符合衛生福利部疾病管制署對於公費流感抗病毒藥劑適用條件者，無須進行快篩。

2. 符合衛生福利部疾病管制署對類流感症狀之定義，須符合3項條件：

(1)突然發病，有發燒(耳溫≧38℃)及呼吸道症狀。

(2)具有肌肉酸痛、頭痛、極度倦怠感其中一種症狀者。

(3)需排除單純性流鼻水、扁桃腺炎，與支氣管炎，且以發病48小時內為原則。

3. 醫師需詢問病史且確實評估後開立，送審時需檢附檢查報告。

二十七、過敏原測試MAST allergy test審查原則：(108/3/1)

1. 申報IgE檢驗，如為20歲以上之個案，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度，申報件數異常且多為老年案件者應嚴審。

2. 除年齡、嗜酸性白血球數考量外或IgE (12031C)大於其標準值或過敏原檢驗(定性) (30021C)異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，以兩年內未實施者為原則。

3. 陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者應嚴審。

貳、各科審查注意事項：

一、西醫基層醫療費用審查注意事項-家庭醫學科

(一)門診部分審查原則：

1. 門診處方用藥之審查，依健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除應注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。

2. 抗生素使用原則：(97/6/1)

(1)對使用第一線以外之抗生素、多種抗生素、或其他高價藥物，應附此次使用抗生素之過程病歷。但符合藥品給付規定10.2 Penicillins & 10.3 Cephalosporins之使用適應症者不在此限。(100/1/1)(102/3/1)

(2)刪除(100/1/1)

(3)刪除(100/1/1)

3. 類固醇藥物之使用應確定為病人病情之所需，且應有詳實之病歷記載。類固醇鼻噴劑之開立，一個月以1~2瓶為原則。(106/12/1)

4. 其他有關之審查原則：

(1)維生素及鐵劑之醣漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。

(2)應加強審查不正常浮濫使用高價藥品之院所，一般以非類固醇抗發炎藥物類、糖尿病之口服降血糖藥物、微循環促進劑、抗生素、制酸劑及抗巴金森氏症等類藥物容易發生使用不合常理之情形，即此院所之所有病例均使用高價藥品而不見一般常用之低價療效相近藥物。

(3)對使用維生素、止痛劑、類固醇之注射劑應嚴格審查。

(4)注意功能相同之藥物重複使用。

(5)注意慢性病處方中，是否有同時開立使用天數過長之非慢性病用藥。

(6)必要時得調閱病歷影本參考。

(7)病患因病情需要予以備血未使用時，備血之交叉試驗以不超過兩次為原則，並應附檢驗報告，申報費用時須註明「備用血」。備用之輸血套以一副為原則。

(8)傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算；申報創傷處置，應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」「創傷處置」之規定，並附圖示；申報深部複雜創傷處置（48004C－48006C），應檢附彩色照片，乳房及會陰部以及臉部傷口可以詳細繪圖指示或說明；申報臉部創傷處理（48022C－48024C，48033C－48035C），須於病歷詳細繪圖指示說明，並檢附彩色相片為原則，如有困難另行詳述說明。(97/5/1)(102/3/1)(106/1/1)

(9)為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等附帶之手術及處置，不另給付。

(10)施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。(106/12/1)

(11)手術過程用於灌洗之藥品如 Balance Salt Solution 或 Physiologic Irrigating Solution 等，應包含於手術之一般材料費內不另給付。

(12)刪除(101/5/1)

(13)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表中急診定義及適用範圍第十二條之規定：生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。以適用本條規定，申報急診加成時，應註明病情緊急處理之原因、必要性。(102/3/1)

(14)居家照護每一個案每月以支付二次訪視費為原則：多於二次者應附護理計畫，必要時得抽調其訪視紀錄。

(15)處方鐵劑時，應檢附客觀具體缺鐵證據。(97/5/1)

(16)全民健康保險西醫基層總額降尿酸藥物使用建議表」(詳附表二十三)(97/5/1)(106/1/1)

(二)門診部分審查注意事項：

1. 皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費，包括於門診診察費內，不得另行申報，但材料費得另計。六歲以下嬰幼兒因病情需要施行小量靜脈注射，得以57111C 申報。

2. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節之第一項至第四項中的尿、糞、血液、生化檢查費用，累計項次數達規定次數時，應折扣之規定，審查時須注意有無確實執行。(101/5/1)(102/3/1)

3. 刪除(109/5/1)

4. 使用袪痰劑或誘痰劑時，如同時處方兩種以上止咳劑，或不當使用高價藥品者應加強審核。(100/1/1)

5. 支氣管擴張症或慢性支氣管炎，如長期使用第二線或第三線高價抗生素，應加強審核急性發作期可短期使用普通有效的抗生素。

6. 手術後預防性抗生素之使用及無併發症之骨盆腔發炎之抗生素使用，應依藥品給付規定之抗生素使用原則使用。(102/3/1)

7.注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。

8.荷爾蒙之使用：停經後荷爾蒙之使用得依醫師診斷使用於閉經、更年期症候群、骨質疏鬆症等疾病治療，但接受子宮切除後之病患不宜使用含黃體素之荷爾蒙製劑。(97/5/1)

9.維他命之使用應注意其臨床適應症。

10.止血劑及酵素消腫劑：應慎重選擇使用。正常凝血機能下之手術後及脅迫流產等，應不必使用止血劑。

11.安胎藥之使用原則：tocolytics、包括β-mimetics 等，應視產婦需要給藥，在妊娠滿三十七週前使用，且通常不應使用於十六週前及三十七週後。

12.驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

13.兒科針劑費用之計算：

(1)可長期重覆使用之瓶裝針劑(vial)，應按實際之使用量申報。

(2)單劑量安碚裝針劑(ampoule)每次按支數計算申報。

14.有關申報耳鼻喉局部治療(54019C、54027C、54037C、54038C)請參照耳鼻喉科審查注意事項。(101/7/1)

(三)住院部分審查原則及注意事項：審查時應注意個案住院之必要性、住院日數之長短及病房種類(如加護病房等)之適當性。

1.急性支氣管炎、肝炎、暈眩症等特定疾病住院，應符合特定疾病之住院基本要件。(詳附表十八)(102/3/1)(105/1/1)

2.住院處方用藥之審查，應依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。

(一些管理不善院所，易出現長期未進行醫令重整，致使用藥物期間過長。)

3. 應注意病歷摘要之診斷、診療記錄及明細表是否相符。

4. 抗生素之使用，須符合藥品給付規定之「抗微生物製劑」規定。(102/3/1)

5. 多數院所均有套裝生化檢查之設計，應注意同一住院期間，是否有必要多次進行相同之套裝生化檢查，除非必要否則應以單項複選之方式，做為住院期間之追蹤。

6. 糖尿病患者除非正在調整胰島素劑量，或是病況危急，對每日測三至四次血糖以上者，注意加強審查。

7. 細菌培養時未長出細菌，不可申報藥物敏感試驗。

8. 皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費包括於病房費中，不得另行申報，但材料費得另計。

(四)急診部分審查原則及注意事項：

1. 急診定義及適用範圍依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表一「急診定義及適用範圍」規定辦理。(102/3/1)

2. 急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得加算20%，但有些如 blood gas 等項目，應依健保規定不得加成，此外如急診病人之常規檢查亦不得加成。

(五)其他注意事項：其他未規範事宜得參考相關科審查注意事項辦理。

(六)1. 骨質密度測量檢查審查時應附之資料：

(1)內分泌失調可能加速骨質流失者，審查時需檢附相關數據。(100/1/1)

(2)非創傷性之骨折者，審查時需檢附 X 光片。(100/1/1)

(3)刪除(100/1/1)

2.前述保險對象因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次為限。

3.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。

(七)全民健康保險居家照護審查注意事項

1.審查原則

(1)各分區業務組得訂定指標，對收案及費用申報均合理之居家照護機構，得減量抽樣審查。(102/3/1)

(2)對申報資源耗用群類別分布超常態之居家照護機構，得要求其申報費用時檢附護理計畫及訪視紀錄，逐案(包括申報訪視次數在規定次數以內之案件)審查。

2.收案注意事項

(1)收案對象是否符合下列各項條件：

甲、活動能力評估符合KARNOFSKY SCALE(詳附表二)第三級(含)以上，或BARTHEL’S SCORE(詳附表三)60分(含)以下。

乙、有明確之居家照護服務項目需要。

丙、病情穩定能在家中進行照護。

丁、檢附完整之申請資料：

A申請書中有客觀的護理評估資料及符合個案個別需要的具體護理計畫。

B醫囑單有完整之病史及醫囑記載。

C申請書及醫囑單所記載之診斷、病情、照護項目及照護計畫一致。

(2)申請延長照護個案除需符合前項收案條件外，「護理評估」項

目中是否有說明照護期間個案病況進展情形。

(3)下列對象不符收案條件，應不予同意：

甲、無明確之護理措施，只需部分日常生活協助者。

乙、病情不穩，需住院治療者。

3.費用審查注意事項

(1)有下列情形者，不予支付費用或核扣多報之費用：

甲、不符合收案或延長照護條件者。

乙、月申報訪視次數在三次(含)以上、新收個案收案當月在四次(含)以上而未依規定檢具相關資料，或經審查為非必要之超次訪視。

丙、申報資源耗用群分類與提供之居家照護項目不符者。

丁、非必要之靜脈點滴注射，每日申報家訪費用者。

戊、同一護理人員於同一時段申報兩不同住處病患之訪視費用者。

(2)有下列情事者，應加強審查：

甲、同一病患同一天由不同科別醫師看診者。

乙、照護紀錄內容僅見例行更換各式導管者。

(八)刪除(99/7/1)

(九)刪除(108/3/1)

(十)針對抽審案件中若有執行腹部超音波時請檢附正本照片(內含病人 ID 或病歷號碼、院所名稱及檢驗日期)以利專業審查判定。待審查完畢會將原正本照片（或清晰之照片、幻灯片等）寄還院所。

(十一)肝庇護劑審查注意事項(附表十九)(97/5/1)

(十二)使用 COXⅡ抑制劑之 NSAID 時如果沒有適應症應避免使用 antacid，

否則從嚴審查。

(十三)刪除(102/3/1)

(十四)刪除(101/7/1)

(十五)針對院所診療項目，Sono及一般生化檢查設法控管一般生化檢查依現行『全民健康保險醫療費用審查注意事項』，於符合醫學常理情況下，方得執行。原則上有異常之生化檢查依實際情形可以在三至六個月複檢，但對生化檢查執行率大於30%之院所將依審查品質指標定期抽審。

二、西醫基層醫療費用審查注意事項-內科

(一)門診部分審查原則：

1. 門診處方用藥之審查，依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除了應注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。
2. 應加強審查不正常浮濫使用高價藥品之院所，一般以非類固醇抗發炎藥物類、糖尿病之口服降血糖藥物、微循環促進劑、抗生素、制酸劑及抗巴金森氏症等類藥物容易發生使用不合常理之情形，即此院所之所有病例均使用高價藥品而不見一般常用之低價療效相近藥物。
3. 注意慢性病處方中，是否有同時開立使用天數過長之非慢性病用藥。
4. 須注意檢查或檢驗之必要性，對於以研究、預防或健康檢查而做與診療無關之檢驗或檢查，應加強審查。
5. 超音波檢查易流於浮濫，應特別對於檢查頻率過高之院所，加強審查其必要性。例如高血壓無心臟血管併發症者，並無心臟超音波檢查之必要。
6. 刪除(101/7/1)
7. 必要時得調閱病歷影本參考。
8. 非類固醇抗炎葯使用兩種(含)以上者，應加強審查。
9. 刪除(100/1/1)
10. 糖尿病用藥，因藥物作用機轉相同：如 sulfonylureas 類型藥物（glimepiride 等）不可與 meglitinides 類型藥物（如 repaglinide、nateglinide）合併使用。(97/5/1)

11. 刪除。(106/12/1)

12. 肝功能指數略為異常（如 GPT:46)，後續再執行 B、C 肝檢查及超音波檢查之診療準則：(97/5/1)

(1)B 型肝炎帶原者初次檢查是合理，若該院所確認患者為 B 型肝炎表面抗原陽性報告者，則不需再檢驗。

(2)非 B、C 肝炎患者，肝功能異常，超音波檢查以一年一次為原則。

(3)超音波檢查比例異常者加強審查。

(4) B、C 肝炎患者每6個月超音波追蹤檢查一次（診療代碼 19009C 追蹤性超音波）、肝硬化患者每三個月超音波追蹤檢查（診療代碼19009C）一次為原則。(99/4/1)(100/1/1)

13. 膽結石，膽囊息肉，腎結石，肝、腎囊泡，肝、腎良性腫瘤等狀況，超音波追踪的原則：(97/5/1)

(1)肝、腎良性腫瘤以6個月追蹤1次為原則。

(2)肝、腎囊泡依病歷紀錄由專業個案認定。

(3)無症狀之膽結石、腎結石（含 urine 檢查陰性反應)，以1年為原則，如有反覆發作依病歷紀錄為專業個案認定。

14. 刪除(99/4/1)

15. 鎮定劑及安眠藥使用多種或大劑量加強審查。(100/1/1)

(二)門診部分審查注意事項：

1. 處方由本院所調劑者，得另申報門診藥事服務費，處方交付調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。

2. 皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費，包括於門診診察費內，不得另行申報，但材料費得另計。

3. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節之第一項至第四項中的尿、糞、血液、生化檢查費用，累計項次數達規定次數時，應折扣之規定，審查時須注意有無確實執行。（102/3/1）

4. 刪除(109/5/1)

5. 使用袪痰劑或誘痰劑時，如同時處方一種強力或兩種以上止咳劑應加強審核。

6. 支氣管擴張症或慢性支氣管炎，如長期使用第二線或第三線高價抗生素，應加強審核。急性發作期可短期使用普通有效的抗生素。

7. GOT、GPT 異常，門診得檢驗 HBSAG、Anti HCV。然檢驗 Anti HBS 應屬非必要檢驗。

8. 血液透析病患洗後 CCr＞10 ml/min 且每次 UF<2.0公斤應先減少透析次數為每週兩次，以觀察病患之 CCr 及腎功能變化，再決定日後之增減。(97/5/1)

備註：肌酐酸廓清率（Ccr）指可由24小時尿液之 Cr 排泄量測定之（measured Ccr)，或由下列任一公式計算之（estimated Ccr）

CG-GFR（Cockcroft-Gault）=【(140-Age）× Bwt】/ （72 × Cr）×【1.73/ BSA】× 0.85（if female） MDRD-Simplify-GFR=186 × $Scr^{-1.154}$ × $Age^{-0.203}$ ×0.742 （if female）

（1）但排除下列二種情況(即每週可考慮洗三次)：（104/1/1）

甲、糖尿病、弱小及婦人等洗前 Cr≦6.0但 eGFR≦5ml/min

(eGFR 以 MDRD 公式計算)。(104/1/1)

乙、UF<2.0公斤，但乾體重小於40公斤的患者則以乾體重的5% 為限。

丙、刪除(104/1/1)

(2)透析案件應檢附下列資料：

甲、開始透析日期及過去透析時間序列。

乙、病患 BMI data。

丙、殘留腎功能(residual renal function)及 CCR。

丁、Albumin 檢驗值。

戊、施行透析必要性之理由(如心、肺疾病、貧血等其他合併症)

9.BC 肝治療計畫用藥審查原則

(1) ALT 上升情況或肝失代償情況(如 bilirubin >2mg/dL, PT prolong>3 sec) 符合 BC 肝治療計畫所需條件情況下，可施行 HBV DNA 或 HCV RNA 定量檢查，三個月內不得重覆檢查。

(2) 甲、B 肝病患：治療前，治療時每六個月，臨床懷疑出現抗藥性，停藥時，停藥後第6個月及第12個月得作 HBV DNA 定量檢查。(108/3/1)

乙、B 肝 e 抗原陽性，除上述 HBV DNA 定量檢查外，治療時，得每三個月加驗 HBeAg，直到 HBeAg 陰轉，且 Anti-HBeAg 陽性為止。(108/3/1)

(3) C 型肝炎，如以干擾素合併 Ribavirin 治療；治療前，治療時第四週，第十二週(如無 RVR)，停藥時(End of treatment)，停藥後第二十四週得作 HCV RNA 定量檢查。(108/3/1)

（4）此類案件送審時，應附6個月內病歷及合於抗病毒藥物使用規定之相關資料供參。(99/7/1)(106/1/1)

(三)住院部分審查原則及注意事項：審查時應注意個案住院之必要性、住院日數之長短及病房種類(如加護病房等)之適當性。

1. 急性支氣管炎、肝炎、暈眩症等特定疾病住院，應符合特定疾病之住院基本要件。(詳附表十八)(102/3/1)(105/1/1)

2. 住院處方用藥之審查，應依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。(一些管理不善院所，易出現長期未進行醫令重整，致使用藥物期間過長。)

3. 應注意病歷摘要之診斷、診療記錄及明細表是否相符。

4. 抗生素之使用，有些院所常以痰之培養結果做為使用高價抗生素之搪塞理由，應注意是否恰當，嚴加審查。

5. 多數院所均有套裝生化檢查之設計，應注意同一住院期間，是否有必要多次進行相同之套裝生化檢查，除非必要否則應以單項複選之方式，做為住院期間之追蹤。

6. 糖尿病患者除非正在調整胰島素劑量，或是病況危急，對每日測三至四次血糖以上者，注意加強審查。

7. 細菌培養時未長出細菌，不可申報藥物敏感試驗。

8. 皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費包括於病房費中，不得另行申報，但材料費得另計。

9. 連續化學療法廿四小時為一次連續性醫療行為，橫跨二日仍應以一日計算，即僅能申報37005B 一次。

10. 連續化學治療不得以39019B 申報。

(四)急診部分審查原則及注意事項：

1. 急診定義及適用範圍依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表一「急診定義及適用範圍」規定辦理。(102/3/1)

2. 急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得加算20%，但有些如 blood gas 等項目，應依健保規定不得加成，此外如急診病人之常規檢查亦不得加成。

(五)其他注意事項：

1. 血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內。(106/1/1) 因癌症或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內。(108/3/1)

2. 腹膜透析及血液透析同時併作原則：

(1)血液透析之患者，若其透析量不足時，應增加其透析量，不應再併作輔助性之腹膜透析。血液透析量之增加，係指透析之時間每次至少四個半小時，在患者可承受之範圍內儘量增加其血液流速、使用之透析器體表面積大於或等於一・八平方公尺；若如此，而 Kt/V 仍無法達到一・二，可考慮增加血液透析次數，但每週總透析次數以不超過四次為限。另請院所加強對患者營養、水份之攝取、理想體重之控制等衛教。

(2)原接受腹膜透析之患者，因腹膜功能缺損，致使增加腹膜透析量或增長透析液留置時間，總和 Kt/V 仍< 1.7或肌肝酸清除每週無法達到50公升/1.73平方公尺以上體表面積，得併用血液透析者，當月可酌予增加最多2次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。(100/5/1)(106/1/1)

3.初次胃鏡檢查有消化性潰瘍者得以取組織檢體施行幽門桿菌檢查（包括病理組織化驗或 rapid urease test），若消化性潰瘍病例經過初次幽門桿菌清除治療後，發現消化性潰瘍復發，於同一院所懷疑再次感染或前次治療失敗時得以再度施行幽門桿菌檢查，同時應附前次胃鏡及治療紀錄。(101/7/1)

備註:(106/1/1)

(1)「潰瘍」之範圍包括「活動性潰瘍」、治療中「癒合性潰瘍」，以及曾接受過治療「已結疤潰瘍」等。

(2)內視鏡檢查時，可施行病理組織切片或胃鏡快速尿素試驗(CLO test)，以釐清此潰瘍是否因幽門螺旋桿菌感染引起。

4.心臟超音波檢查與核子醫學心室射出分率檢查原則應擇一使用，心肌灌注掃描(26025B)與心室搏出分率(26044B)原則亦應擇一使用，特殊個案需二項同時施行者，依個案認定，申報費用時應檢附完整相關報告。(108/3/1)

5.心臟超音波檢查：

(1)18005C (超音波心臟圖)可依適應症與18006C(杜卜勒氏超音波心臟圖)或18007C(杜卜勒氏彩色心臟血流圖)合併申報。(109/5/1)

(2)18007C 已含18006C 之精神，不宜合併申報。(109/5/1)

(3)刪除(101/7/1)

(4) 心臟超音波檢查(18005C,18007C)、24小時心電圖(18019C)與極度踏車運動試驗(18015B)或心肌灌注掃描(26025B)原則應擇一至二項使用，特殊個案需多項同時施行者，依個案認定，申報費用時應檢附完整相關報告。(108/3/1)(109/5/1)

6.行鎖骨下靜脈穿刺或頸靜脈穿刺插入y型管進行血液透析2時，使用一般性單管(single lumen)插入者，按47015B(中央靜脈導管置入術)支付；使用雙管(double lumen)插入者，按69006C(血液透析用之血管插管)支付。

7.對用 UGI series 診斷消化性潰瘍案件陽性率超過百分之七十五者，應加強調原片請放射科醫師查核。

8.心肺甦醒術以申報一次為原則，若急救成功後再發生第二次施行 CPR 情況，可再申報，但申報費用時應檢附詳細病歷資料。

9.肺功能檢查之審查，應注意其所附報告之品質。

10.使用降血脂藥物時，請依規定檢附檢驗資料影本；使用尿酸藥物時應隨病歷附上檢驗報告。(97/5/1)

11.透析日期及 EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)注射紀錄表及洗腎異常動態表供審查參考。(詳附表六、七)(105/1/1)(106/1/1)

12.刪除(101/5/1)

13.肝炎帶原者於初次應診時可做肝功能檢查，若初次檢查正常者，應間隔三個月以上才可複驗，若檢查不正常者，得視臨床需要增加檢查項目及次數。

14-1.肝硬化患者可每三個月做一次超音波檢查。(96/4/1)

14-2.申報腹部超音波檢查醫療費用時，若無相關症狀或理學檢查之記載等，應不予給付。(96/4/1)

14-3.對於腹部超音波--追蹤性檢查（診療代碼19009C）其適用於同一病人為同一疾病之目的之再次腹部超音波檢查，為申報適用原則。(96/4/1)

14-4.對於慢性 B、C 型肝炎在追蹤中發現有疑似惡性病灶，建議首次

間隔2個月實施一次腹部超音波檢查，若無明顯變化，則改相隔3個月實施一次腹部超音波檢查--追蹤性檢查（診療代碼19009C）為適用原則。（101/7/1）

15. 腫瘤標記應注意其特性，非所有癌症患者皆需安排各類腫瘤標記檢查，應依其所患癌症及其臨床需要檢查。診療所需施行之腫瘤標記檢查，申報超過1次以上者，宜予核刪為原則，若有特殊情況需重覆檢查，應於病歷記載檢查之適應症，以利審查。(97/5/1)

16. 長期留置 Port-A 病患於化療期間每日之換藥，限以48010C 項申報一次。

17. 低血球時期(WBC 總數少於1,500或血小板少於50,000)，應可考量每日檢查08011C 一次。

18. 結核病案件之審查原則：(96/4/1)

(1)為顧及病人服藥安全，醫師得依專業判斷及衛生福利部疾病管制署修訂之「結核病診治指引」，以開立一般處方箋，或總劑量1個月之慢性病連續處方箋。(102/8/1)

(2)如經醫師診治認為有開立總劑量1個月以上慢性病處方箋之情況者(例如病人需長期出國超過一個月者)，醫師應詳述理由。

(3)對於開立總劑量一個月以上慢性病連續處方箋之院所，將依檔案分析結果加強審查。

(4)依衛生福利部疾病管制署所訂之「結核病診治指引」規定為審查原則。(101/5/1)(102/8/1)

19. 透析治療造管及植管之執行時機：(96/4/1)

(1)醫師對需要開始長期透析治療的慢性腎臟病患者，應充分告知不同透析方式之優缺點，並提供病人選擇透析治療方式之機會，始

得建立永久性血管通路或植入固定式導管，惟尿毒症狀嚴重需經由暫時性導管施行緊急透析治療之患者除外。

(2)血液透析部分：

甲、暫時性導管：(101/5/1)

A.暫時性導管之定義：包含血液透析用之血管插管（自靜脈到靜脈）（69006C） 及固定式中心靜脈導管 （治療性導管植入術 — 希克曼氏導管植入術（47059B）或內頸靜脈切開，永久導管放置術 （69039B）

B.暫時性導管之時機：重度腎衰竭【定義為肌酸酐清除率（Ccr）小於15 ml/min 或肌酸酐（Cr）大於6.0 mg/dl】且伴有下列任何一種尿毒併發症者：(106/1/1)

(A)心臟衰竭或肺水腫

(B)心包膜炎

(C)出血傾向

(D)神經症狀：意識障礙，抽搐或末稍神經病變

(E)藥物難以控制之高血鉀

(F)藥物難以控制之嚴重酸血症

(G)藥物難以控制之噁心、嘔吐

(H)惡病體質 (cachexia)

(I)重度氮血症 (BUN > 100 mg/dl)。

若不符上述狀況，醫師應於病歷中詳細記載並呈現必須使用暫時性導管之理由。

乙、永久性血管通路形式之選擇與優先順序

A.血管通路以末稍血管修補及吻合術 （69032C）為首選。(101/5/1)

B.若以上兩種瘻管無法做成時，可以植入動靜脈造廔術合

併人工血管使用（兩處吻合）（69034C）作為血管通路。(101/5/1)

C.無法做自體動靜脈瘻管或人工血管植入者可選擇植入固定式中心靜脈導管（治療性導管植入術 — 希克曼氏導管植入術（47059B ）或內頸靜脈切開，永久導管放置術（69039B））或將病人轉至腹膜透析治療。(101/5/1)

丙、建立血管通路之時機

A.糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管手術的時機：

(A)肌酸酐清除率（Ccr）小於15 ml/min，或

(B)肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl，或

(C)預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

B.糖尿病腎病變患者接受人工血管（AV graft）手術的時機：

(A)肌酸酐清除率（Ccr）小於12.5 ml/min，或

(B)肌酸酐（Cr）大於7 mg/dl，或

(C)預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

C.非糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管或人工血管(AV graft)手術的時機：

(A)肌酸酐清除率（Ccr）小於10 ml/min，或

(B)肌酸酐（Cr）大於8 mg/dl，或

(C)預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

D.體重低於30公斤以下兒童：肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl

4歲以下之兒童：肌酸酐（Cr）大於5 mg/dl

丁、病人因故必須接受血管通路重建時，醫師應於病歷中

詳細記載並呈現原血管通路無法繼續使用之原因。

(3).腹膜透析部分：

甲、植入腹膜透析導管之時機：(101/5/1)

預期開始長期腹膜透析前至少兩週或以上。

乙、糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術的時機：

A.肌酸酐清除率（Ccr）小於15 ml/min，或

B.肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl，或

C.預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

丙、非糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術的時機：

A.肌酸酐清除率（Ccr）小於10 ml/min，或

B.肌酸酐（Cr）大於8 mg/dl，或

C.預期在3至6個月內需要透析者。(106/1/1)

丁、體重低於30公斤以下兒童：肌酸酐（Cr）大於6 mg/dl

4歲以下之兒童：肌酸酐（Cr）大於5 mg/dl。

20.門診胃鏡與大腸鏡不宜同時申報，如有需求應於病歷詳述理由。(106/12/1)

21.執行上消化道泛內視鏡檢查不應例行使用免疫組織化學染色來判讀幽門螺旋桿菌是否存在。若有萎縮性胃炎、腸上皮化生、疑似胃癌病灶或不明原因之活動性胃炎或病變之情況時，得再以免疫組織化學染色進一步確認。(109/5/1)

(六)刪除(102/3/1)

(七)刪除(108/3/1)

(八)降血脂藥物審查原則：

1.高血脂用藥指引請參考藥品給付規定。(99/4/1)(102/3/1)。

2.針對高 TG(三酸甘油脂)之治療，除了依全民健保規範之藥品使用原則之外，應以 fibrate 類為首選降血脂藥。

3.完整的血脂檢查包括 Total cholesterol、LDL-C、HDL-C、Triglyceride，其中 LDL-C 不宜以”可以公式計算”為由刪減。(101/5/1)

4.同一個案多次執行 LDL-C 低密度脂蛋白－膽固醇(09044C)之適當性：(108/3/1)

(1)初次篩檢 LDL-C 高於標準數值，3個月後再進行複檢為原則。

(2)非藥物治療時，每3-6個月檢查一次為原則。

(九)針對院所診療項目，Sono 及一般生化檢查設法控管一般生化檢查依現行『全民健康保險醫療費用審查注意事項』，於符合醫學常理情況下，方得執行。原則上有異常之生化檢查依實際情形可以在三至六個月複檢，但對生化檢查執行率大於30%之院所將依審查品質指標定期抽審。

(十)1. 刪除(108/3/1)

2. fatty liver 之 Sono 檢查頻率宜半年以上方得再次執行。(108/3/1)

(十一)肝庇護劑審查注意事項(附表十九)

(十二)刪除(102/3/1)

三、西醫基層醫療費用審查注意事項-外科

(一)手術病患因病情需要予以備血未使用時，備血之交叉試驗以不超過兩次為原則，並應附檢驗報告，申報費用時須註明「備用血」。備用之輸血套以一副為原則。

(二)傷口之處置、換藥之審查原則：

1. 多處傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。(106/1/1)
2. 診斷為燒傷之個案，應註明燒傷之部位、種類、嚴重度，佔體表面積百分比或總面積（平方公分）。(99/4/1)
3. 燒傷門診病患之處置、換藥燒燙傷部分：(97/5/1)

   (1)申報時需註明部位(範圍)、時間、原因、嚴重度。

   (2)小範圍燒燙傷：25平方公分以內小面積之第1度及第2度燒燙傷第1次及第2次以48001C 申報，第3次以後以48013C 申報，但適用全身分6區，可分開申報。(99/4/1)

   (3)大範圍燒燙傷：應為傷口大於25平方公分或嬰兒大於0.5%TBSA(Total body surface area)，已達第二度燒燙傷範圍，及附上清晰之照片，才可以48014C 申報，之後以48018C 申報，但不可超過4次，如須延長應繪圖詳加說明及附照片，第5次以後以48013C 申報。
4. 燒傷患者申請重大傷病，應檢附燒傷體表面積之圖示。
5. 燙傷換藥面積在手術後加大，依實際情形申報必須附詳細照片。(99/4/1)

6.依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」淺部與深部之分際，創傷深及肌肉神經時，為深部複雜創傷處理；未涉及肌肉神經者，為淺部創傷處理。(102/3/1)

(三)刪除(101/5/1)

(四)凡門診可行之小手術，原則不得住院，如有特殊狀況，應註明原因。

(五)施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。(106/12/1)

(六)手術過程用於灌洗之藥品如 balance salt solution 及 physiologic irrigating solution 等，應包含於手術之一般材料費內，不另給付。

(七)重要部位(如臉部、會陰部)或功能部位(如手部及關節處)以外部位之植皮，以分層皮膚移植(Split thickness skin graft)為原則。(106/12/1)

(八) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表中急診定義及適用範圍第十二條之規定：生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。以適用本條規定，申報急診加成時，應註明病情緊急處理之原因、必要性。(102/3/1)

(九)靜脈曲張手術之審查原則：

1.大隱靜脈系(Ａ)：

(1)大隱靜脈、股靜脈瓣逆血--單側以69014B，雙側以69015B 給付。

(2)穿通枝逆血--單側以69019B、雙側依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節規定辦理。

(102/3/1)

(3)(1)＋(2)--單側以69019B×1+69014B×1/2--雙側依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節規定辦理。(102/3/1)

2. 小隱靜脈系(Ｂ)：小隱靜脈、膝靜脈瓣逆血，單側以69014B，雙側以69015B給付。

3. (Ａ)＋(Ｂ)：單側以69016B給付，雙側以69017B給付。

4. 39012C及39013C靜脈曲張注射療法，注射治療一年內(自第1次施行時間起算)不超過4次。(106/12/1)

(十)尿毒症病人行動靜脈廔管成形術，永久性血管通路形式之選擇與優先順序，請參照內科審查注意事項。(101/5/1)

(十一)髮線以內之頭部受傷，不屬臉部創傷，應依傷口實際深淺情形列報費用。

(十二)列報臉部創傷縫合術48024C項，原則須檢附患者手術前後之照片(包括整個臉部之輪廓，遮住眼睛)，如執行有困難時，則於病歷繪圖詳細記載大小及部位代替照片。

(十三)脂肪瘤或腱鞘囊腫摘出術之申報原則：

1. 脂肪瘤如在皮下以62010C皮下腫瘤摘除術申報，脂肪瘤如在深層(如肌肉等)得以肌肉層或深部組織腫瘤切除術(62009C)項申報，超過10CM以上得以75602C(腹壁腫瘤切除術，良性)項申報同時須檢附患者手術前後之照片，如執行有困難時，則於病歷繪圖詳細記載大小及部位代替照片。

2. 腱鞘囊腫則以64087C(腱鞘囊摘出術，液囊腫摘出術)項列報。

(十四)清潔傷口(clean wound)之換藥，每日以不超過一次為原則，有開放性引流管(open drainage)之傷口或感染性傷口(infected wound)則由審查醫藥專家依個案病情專業認定。(102/3/1)

(十五)褥瘡傷口之換藥，按傷口大小及實際處理情形申報。

(十六)原則所有手術切除標本均應有病理檢查報告，該送標本作病理檢查而未送者，得不予給付手術費。

(十七) 刪除。(106/12/1)

(十八)頭皮腫瘤於髮線以內按83048C 頭皮腫瘤申報。

(十九)同一療程外科換藥，注射及口服抗生素使用原則：

1. 依傷口情況，針劑以第一次傷口處理且懷疑其有細菌感染情形為原則，第一線口服抗生素以三天為限，如有臨床症狀，應於病歷詳細敘述，使用超過三天之原因。(106/12/1)
2. Danzen、Varidase 等消腫劑，挫傷腫大可使用，如係外傷縫合或手術則不須使用，使用期間以一星期為原則。

(二十)急診手術應於手術記錄單詳述急診手術理由。

(二十一)灌食管套之使用應符合適應症，並以每週給付一付為原則。

(二十二)一公分以上之膿瘍，以切開排膿(51020C)申報。

(二十三)頸部良性腫瘤切除(64116B)與皮下腫瘤摘除(62010C)申報原則：以病歷及病理報告為依據，腫瘤位於皮下者，以皮下腫瘤摘除術(62010C)申報；深部頸部腫瘤以簡單頸部良性腫瘤切除(64116B)申報。

(二十四)處理傷口含拔指甲者，以淺部創傷處理(48001C)申報；單純拔

趾甲者，則以(56006C)申報

(二十五)彈性繃帶之使用原則，同一次門診或住院，同一部位以一次用量之兩倍為上限。

(二十六)周邊血管杜卜勒氏血流測定(18008C)之適應症：(101/5/1)

1. 周邊動脈血管阻塞疾病(PAOD)：周邊動脈阻塞時，需每隔六至八小時檢查下肢循環血流情形，以協助診斷何時該血管手術或作截肢手術。
2. 使用主動脈弓氣球幫浦輔助器(IABP)者：主動脈內氣球幫浦從腹股動脈插入，該側下肢動脈需時時監測其血流情形，以免下肢動脈阻塞，及使用血管擴張藥物。
3. 使用體外循環維生系統(ECMO)者：體外循環維生系統一般由兩側腹股動靜脈插入，該側下肢動脈需時時監測血流情形，以免下肢動脈阻塞其而不知，造成合併症。
4. 其他：如四肢下肢動脈插動脈導管監測血壓，或心導管檢查後一天內，或心臟衰竭造成低心輸出量，以致末端循環不良者，皆需監測四肢血流杜卜勒測定。

有前述之病況者，執行次數，得視病情需要，由審查醫藥專家專業判斷。(102/3/1)

(二十七)RH(D)型檢查(11003C)之適應症，依中華民國輸血學會左列建議辦理為原則：

1. 輸血前檢查及產科病人RH(D)型檢查，宜依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。(101/5/1)(102/3/1)
2. 其餘病患不得申報。

(二十八)腹腔穿刺(29017C)申報區別：(95/12/1)

腹腔穿刺(29017C)：

診療內容：利用理學檢查或超音波指引下做腹水抽吸之診斷或治療用。

適應症：肝硬化、肝癌、卵巢癌、腹內膿瘍、外傷等。

費用申報時應檢附之資料：腹水之生化或細胞學檢查報告。

(二十九)隱睪症合併開放性腹膜鞘狀突時，仍應以隱睪丸固定術(78607C)申報。(101/5/1)

(三十) 申報肌腱修補術 tendon repair 時，須於手術紀錄單內詳載手術部位之肌腱名稱，並應檢送手術前、後照片，以憑核付。照片費用應含於該項手術內。

(三十一)軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)之明確規範為，其軟組織良性腫瘤應大於十五公分或深及肌膜層。

(三十二)1.乾淨清潔的傷口（clean wound，不論是外傷或是手術後的傷口）之處理原則：以2天（含）以上換藥一次為合理。

2.不乾淨或不清潔的傷口（unclean wound）之處理原則：包括開放性引流或感染性傷口之處理，以每一天最多申報一次為原則，但需由外科審查醫藥專家依個案情況做專業之認定。(102/3/1)

(三十三) 刪除。(106/12/1)

(三十四)深部複雜之外傷縫合附照片說明之。(97/5/1)

(三十五)Danzen、Varidase 等消腫劑，如係外傷縫合或手術不須使用。(97/5/1)

(三十六)扳機指手術應需附手術前及術後照片，如無照片則應詳加說明，以利審查。(97/5/1)

(三十七)深部縫合如申報48033C、48034C 或48035C，需附手術紀錄，並需附照片。(97/5/1)

(三十八)內痔結紮手術（74417C）之審查原則:(101/5/1)

1. 應檢附手術同意書及正式手術記錄。(106/12/1)
2. 刪除。(106/12/1)
3. 一年內（自第1次施行時間起算）最多不超過四次，仍有反覆發作者，應評估是否接受手術切除。
4. 刪除(101/5/1)

(三十九)同一部位拆線當次不得再申報換藥，如有特殊情形，應詳加說明。(97/5/1)

(四十)申報 Z-形皮瓣(62018C)、V-Y 形皮瓣(62069C)、徒手關節授動術(64080C)、一般瘢痕攣縮鬆弛術(64141C)、眼瞼下垂前額懸吊術(87004C)、眼瞼外翻或內翻植皮術(87006C)、眼瞼乙狀成形術 Z-plasty(87007C)，以上七項支付代碼抽審申報應檢附(1) 術前及術後照片或繪圖；(2) 含手術部位及手術方法之手術紀錄。（103/6/1）

(四十一) 經直腸大腸息肉切除術(74207C)審查原則：(106/12/1)(109/5/1)

1. 至少有1顆息肉大於1公分且為困難型息肉例如扁平型、沒有根蒂息肉。
2. 若息肉屬簡單型例如有根蒂可活動，以內視鏡(大腸鏡)方式執行息肉切除者，應加強審查。

3.送審時需檢附報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項：

(1)切除前病灶整體型態。

(2)切除後傷口。

(3)檢附息肉切除含尺之相片。

(四十二)施行「多層皮膚移植 Split thickness skin graft－小於25平方公分（62014C）」、「複合移植 Composite graft（62017C）」、「Ｚ－形皮瓣 Z-plasty（62018C）」「局部皮瓣(1-2公分)Local flap (1-2cm) (62046C)」、「局部皮瓣(2公分以上) Local flap (>2cm) (62047C)」及「V-Y 形皮瓣 V-Y plasty（62069C）」等項外科之手術，術前術後應檢附照片或繪圖。(106/12/1) (108/3/1)

四、西醫基層醫療費用審查注意事項-兒科

(一)通則：

1. 病童之各項檢查及治療措施，需與其病情、診斷有相關性及必要性。
2. 特殊之檢查項目：核磁共振、電腦斷層、心臟超音波、心導管、新生兒腦部超音波、各項內視鏡檢查、腦電波、肌電波等，應註明檢查目的，由具備各該項之專科醫師負責判讀，並附有其字跡清晰之中文正式署名之報告。偏遠地區除外。其它之檢查（驗）項目（不需次專科醫師判讀者），亦應註明檢查之理由，並檢附相關檢查（驗）報告送審。(99/4/1)(106/1/1)
3. 對使用第一線以外之抗生素、多種抗生素、或其他高價藥物，應附此次使用抗生素之過程病歷。但符合藥品給付規定10.2 Penicillins & 10.3 Cephalosporins 之使用適應症者不在此限。(97/5/1)(100/1/1) (102/3/1)
4. 類固醇藥物之使用應確為病人病情之所需，且應有詳實之病歷記載。類固醇鼻噴劑之開立，一個月以1~2瓶為原則。(106/12/1)
5. 維生素及鐵劑之糖漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。(106/1/1)
6. 針劑費用之計算視藥物種類及實際使用頻率申報。
7. 兒科抗生素使用規定：(97/6/1)

   (1)凡經兒科醫師診斷為疑似細菌類感染症者，得使用抗生素。

   (2)應優先使用第一線抗生素。Tetracycline 應使用於8歲以上兒童為原則。(108/3/1)

   (3)刪除(100/1/1)

(4)刪除(100/1/1)

8. 兒科病患可能因病情變化或服藥服從性不高等因素造成院所重覆給藥之情形，請審查醫藥專家依病歷記載注意重覆比例是否過高。(99/4/1)(102/3/1)(106/1/1)

（1）長效短效抗組織胺同日使用，不在此限。（108/3/1）

（2）需要時使用（prn）之處方，如退燒藥之備用藥水或栓劑等，不在此限。（108/3/1）

9. 嬰兒肚臍或臀部之塗藥，應含於護理費在內，不得申報48011C(小換藥十公分以下)。

10. 小兒科檢傷分類依衛生福利部公告修正之急診五級檢傷分類基準(詳附表八之一至八之四)。(106/1/1)

11. 刪除。(106/12/1)

12. 支氣管擴張劑、類固醇及化痰劑，經由Nebulizer給予的治療方式，須符合藥品給付規定相關規範。(99/4/1)(102/3/1)

13. 使用O2 tent或O2 hood時，二歲以下可每日申報一次氧氣濃度分析器(57014B)，且須附詳細病歷紀錄。二歲以上則調整氧氣濃度時，才可申報，而非常規每日申報。

14. 高血壓用藥：（1）同時使用三種以上降血壓藥物者，應嚴加審核。（2）有高血壓用藥禁忌者應加強審查。（見表一）(100/1/1)

表一

疾病別	藥品類別					
	硫氮類利尿劑	保鉀型利尿劑	乙型阻斷劑	血管收縮素轉換酵素抑制劑（ACEI）	血管收縮素受拮抗劑（ARB）	Aldosterone類固醇拮抗劑
痛風	X					

低鈉血症病史	X					
氣喘			X			
呼吸道疾病						
二度或三度心臟傳導阻斷			X			
血管神經性水腫病史				X		
高鉀血症		X		X		X

備註：打 X 及代表用藥禁忌

15. 早產兒腦部超音波審查原則：(104/1/1)

（1）出生體重小於等於1000 公克者可 於1、3、7、 21~28 天、42~60 天執行五次。可依病患狀況調整，惟應將其適應症詳列於病歷中。（104/1/1）

（2）出生體重1001~1500 公克者可於3、7、21~28 天、42~60 天執行三到四次。可依病患狀況調整，惟應將其適應症詳列於病歷中。（104/1/1）

（3）出生體重1501~2000 公克者可於7、21~28 天執行兩次檢查。可依病患狀況調整，惟應將其適應症詳列於病歷中。（104/1/1）

(二)門診部分：

1. 有疑問者，得請調閱病歷參考。
2. 各類注射針劑(尤其是：退燒劑、抗生素、類固醇)之使用應從嚴認定其適當性。且應以不能口服、或口服後仍不能達到預期效果時，方得為之。
3. 經由nebulizer 給予之治療方式，含支氣管擴張劑、類固醇及化痰

劑，不應為例行處置，應有確實適應症，如緊急需求等病歷記錄。(106/1/1)

(三)急診部分：

1. 兒科急診之定義，依相關規定認定之。
2. 急診病童於急診處留置時間以二十四小時為限。如確因病情需要而超過者，自第二天起以急診暫留床申報費用。為簡化作業手續，得與急診一併申報。

(四)住院部分：

1. 凡住院病童(嬰)應注意審查其住院之必要性，及病房類別之適當性。
2. 體重二○○○公克以下之嬰兒，需由具備小兒科專科之醫師負責其住院之醫療。
3. 住兒科加護病房、或新生兒科加護病房之條件：
   (1)病情確實危急及嚴重者。
   (2)該醫療機構確實具有相關之加護醫療設備，及相關之專科醫師實際在負責該病童之醫療。
   (3)病情好轉後應即轉出，不宜在加護病房中住到出院。
4. 甦醒器(57009B)
   (1)AMBU bag 不宜以57009B 申報。
   (2)IMV 併 Resuitator(甦醒器)使用時，除 IMV 費用不得另行申報57009B(甦醒器)費用。
5. Postural drainage(47045C)

   Postural drainage(47045C)如有病情需要，一般病房每次住院限申報一次，加護病房或新生兒中重度病床無家屬陪伴者，每日至多申

報四次，申報費用時應檢附special sheet。

(五)基層醫療院所使用COXⅡ抑制劑之NSAID藥品時需提出符合使用條件之相關說明。

(六)1.對於使用COXⅡ抑制劑之NSAID時而習慣附加使用antacid者，建議刪除antacid費用。

2.使用NSAID時如果沒有適應症應避免使用antacid，否則從嚴審查。

(七) 刪除(108/3/1)

(八)針對抽審案件中若有執行腹部超音波時請檢附正本照片(內含病人ID或病歷號碼、院所名稱及檢驗日期)以利專業審查判定。待審查完畢會將原正本照片（或清晰之照片、幻灯片等）寄還院所。

(九)刪除(102/3/1)

(十)針對院所診療項目，Sono及一般生化檢查設法控管一般生化檢查依現行『全民健康保險醫療費用審查注意事項』，於符合醫學常理情況下，方得執行。原則上有異常之生化檢查依實際情形可以在三至六個月複檢，但對生化檢查執行率大於30%之院所將依審查品質指標定期抽審。

(十一)1.刪除(108/3/1)

2.fatty liver之Sono檢查頻率宜半年以上方得再次執行。(108/3/1)

(十二)刪除(108/3/1)

(十三)2歲以下之兒童不宜使用Menthol Packing。(97/5/1)(106/1/1)

(十四) 有關申報耳鼻喉局部治療(54019C、54027C、54037C、54038C)請參照耳鼻喉科審查注意事項。(108/3/1)

五、西醫基層醫療費用審查注意事項-婦產科

2005婦產科

200501 通則

200501010住院、住院日

200501022手術費、材料費

200501031用藥

200501042因治療之需要而行之剝離

200501050 剖腹產及婦科手術住院案件之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗規定

200501060同一病灶拆線

200502婦科子宮病狀診療

200502010 CA-125(EIA)之審查

200502022子宮切除術之手術範圍界定

200502032子宮肌瘤切除術及緊急狀況下施行子宮切除術

200502042子宮切除術審查原則

200502052婦科子宮鏡檢查

200502062婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則(109/5/1)

200503婦科陰道病狀診療

200503012陰道分泌物檢查

200503021陰道及外陰、骨盆腔發炎之抗微生物製劑使用

200503030電燒或雷射治療 Condyloma

200503042 IUD 因發炎或出血症狀取出

200504婦科子宮頸病狀診療

200504010 PAP smear

200504022抹片 ASCUS

200504030子宮頸楔狀切除術

200504040息肉切除術及未懷孕之子宮刮除術

200505婦科骨盆腔病狀診療

200505010骨盆腔檢查

200505022婦科腹腔鏡

200507產科流產診療

200507010人工流產

200507020先兆性流產

200507030妊娠十二週前之流產及手術

200507040治療性流產手術審查原則

200508產科早產診療

200508010早產須以宮縮緩解劑注射治療

200509產科產前檢查

200509012胎心音監視檢查

200509020產檢執行超音波檢查之原則

200509030胎兒生理評估--非壓力試驗(Nonstress testing，NST)

200509040妊娠劇吐症

200510產科生產前後檢查

200510010驗孕及產後檢查

200510020懷孕試驗

200510032產後出血止血術

200511產科剖腹產

200511010剖腹產併有子宮肌瘤

200511020適用剖腹產情況

200512產科子宮外孕診療

200512010產科超音波

200512021 MTX 藥物注射治療輸卵管外孕妊娠

200501 通則

200501010有關住院、住院日

200501010-01住院診療應基於醫療上必要時為之，凡門診可行之手術，不得住院。

200501010-02陰道囊腫、巴氏腺囊腫、子宮頸糜爛及子宮功能性出血，除非病情特殊，一律門診給付。如病情特殊住院者，於申報醫療費用時應詳細說明理由。(106/1/1)

200501010-03生產住院部分則參照「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第一章辦理。(102/3/1)

200501010-04非預定手術之住院病人，常規做全套生化檢查不適宜，應依病情需要，由審查醫藥專家作專業判斷。(102/3/1)

200501010-05住院病患於手術後，申報55010C 會陰沖洗以三天為原則。

200501022手術費、材料費

200501022-01多項手術之申報應依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節通則辦理。(102/3/1)

200501022-02子宮切除時附帶施行之預防性卵巢或輸卵管切除，其預防性切除不得另行申報醫療費用。如有卵巢或輸卵管疾病得檢附病理報告依第二部第二章第七節申報。

200501022-03非治療性之闌尾切除術、輸卵管切除，不列入醫療給付範圍，如病情特殊者，應檢附相關資料於申報醫療費用時詳述理由。

200501022-04結紮、協助生殖技術、人工授精、試管嬰兒等，不列入醫療給付範圍。

200501022-05一般門診手術申報96004C 應有麻醉紀錄備查。

200501022-06麻醉通則三為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。

200501022-07麻醉方式之選擇應依病情及醫師之判斷適當選擇，不宜硬性規

定。

200501031用藥

200501031-01抗生素之使用：預防性抗生素之使用及無併發症之骨盆腔發炎之抗生素使用，應依藥品給付規定之抗生素使用原則使用。(102/3/1)

200501031-02注射藥品之使用時機，應以不能口服或口服仍不能期待有立即治療效果時，方得為之。(99/4/1) (109/5/1)

200501031-03荷爾蒙之使用：

a. 停經後合併雌激素與黃體素荷爾蒙之使用得依醫師診斷使用於停經、更年期症候群、骨質疏鬆症等疾病治療。(109/5/1)

b. 已接受子宮切除後之病患不宜使用含黃體素之荷爾蒙製劑。(97/5/1) (109/5/1)

c. 若因重度子宮內膜異位症並已切除子宮之病患，則仍需併用黃體素以避免停經後子宮內膜異位症之發生。(109/5/1)

200501031-04維他命之使用：應以有積極治療者為限。

200501031-05止血劑及酵素腫劑：正常凝血機能下之手術後及脅迫流產等，應檢視其使用之必要性。(109/5/1)

200501031-06宮縮緩解劑(tocolytics)之使用原則：應視產婦病情需要給藥，只適用於妊娠滿十六週(十六週加〇天)起，至三十七週前(三十六週加六天)。

200501031-07排卵藥物(Clomiphene citrate)除非為不妊之促排卵治療，否則不宜用來治療月經異常病患，特殊個案如因病情需要，宜於病歷詳實記載，由審查醫藥專家專業判斷。(101/2/1)(102/3/1)(106/1/1)

200501042因治療之需要而行之剝離

200501042-01全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七

節手術通則第七條條其中明定為達手術最終目的過程中之剝離等，不得視為副手術申報。

200501042-02因治療之需要而行之剝離，例如有症狀之腸黏連、子宮黏連，輸卵管卵巢黏連等其剝離應不屬另一手術過程中之剝離，應可申報為副手術，唯此項申報之審核為避免申報浮濫(例如重覆剖腹產皆申報之)應從嚴。(102/3/1)

200501050 C/S及婦科手術(ATH, VTH…)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數規定：

200501050-01 C/S及婦科手術(ATH,VTH…)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報3次，換藥最多申報3次。(106/1/1)

200501050-02婦科手術(ATH, VTH…)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報1次為原則。

200501060同一病灶拆線時，不可同時申報換藥費用。

200502 婦科子宮病狀診療

200502010 CA-125(EIA)之審查(106/1/1)

200502010-01臨床上懷疑有婦科惡性腫瘤或已確認為婦科惡性腫瘤者，或其他惡性腫瘤可作為監測指標者，追蹤其是否復發。得每三個月申報1次，其他惡性腫瘤，CA125如可作為癌症監測指標者亦同，但如療程中或因病情變化需要提早監測時須說明其理由。(106/1/1) (109/5/1)

200502010-02可作為腫瘤如子宮肌腺症、子宮內膜異位症手術前後之追蹤。每3-6個月抽血1次。(109/5/1)

200502022一般全子宮切除術(80403B)、複雜性全子宮切除術(80412B)及子宮頸癌全子宮根除術(80413B)之手術範圍界定

200502022-01 80403B 子宮完全切除：手術包括子宮體及子宮頸切除。

200502022-02 80412B 廣泛性全子宮切除術：手術包括子宮體、子宮頸、子宮旁結締組織(parametrium)二分之一以內及部分陰道切除。

200502022-03子宮頸癌全子宮根除術(80413B)及陰道式子宮根治手術(80414B)：手術包括子宮體、子宮頸、子宮旁結締組織及部分陰道切除，不包含骨盆淋巴切除，如子宮頸癌手術併行骨盆淋巴切除術，如僅行骨盆腔淋巴摘除，應申報70208B之二分之一，如併行主動脈旁淋巴摘除，則可申報70209B之二分之一，(送審時須附病理報告，手術紀錄等資料)。

200502022-04施行子宮肌瘤切除術(80402B)併行骨盆腔子宮內膜異位症，如子宮內膜異位症在stage三、四以上，且有biopsy者得申報81014B，並須附病理報告。

200502032「子宮肌瘤切除術」及「緊急狀況下施行子宮切除術」跨表審查原則

200502032-01一般性之子宮肌瘤切除術，報備同意跨表者，可以論病例計酬

案件申報。

200502032-02基層診所因病情需要，行子宮肌瘤切除術時遇緊急狀況，須改行子宮切除術時，可以一般全子宮切除(80403B)或次全子宮切除(80404C)項目申報，惟須隨案附跨表申請單及詳細病歷資料影本，併醫療費用以論病例計酬案件申報。(109/5/1)

200502032-03審查醫藥專家於審查時，如發現不符緊急條件，仍可依專業判斷予以刪除整筆手術費用。(102/3/1)

200502042子宮切除術審查原則(106/12/1)

200502042-01需檢附佐證資料(如影像檢查、超音波等)，如審查要求提出狀況說明，需提子宮切除之說明。

200502042-02考量病人安全，子宮切除術不宜於門診執行。

200502042-03同時併報2次以上相關手術，手術內容不宜重疊(如申報80026B者，不宜併報80404C)。

200502052婦科子宮鏡檢查(108/3/1)

200502052-01所有子宮鏡檢查前須先排除懷孕及感染，或術前無性行為避孕者。

200502052-02子宮鏡檢查適當時機為月經來潮後兩周內。

200502052-03應先進行適當的理學或影像檢查及治療後，如有下列情形再執行子宮鏡檢查：

a. 停經前之異常子宮出血。(應先排除子宮頸病變並經適當藥物治療無效時)

b. 停經期/後子宮出血或持續子宮分泌物。

c. 超音波檢查懷疑子宮腔內腫瘤或息肉者。

d. 影像檢查疑子宮內異物或避孕器殘段。

e. 影像檢查疑子宮腔內殘留流產後胚胎組織。

f. 避孕器移位改正。

g. 影像檢查懷疑子宮畸形或子宮腔結構異常者。

h. 影像檢查懷疑子宮內膜增生或子宮內膜癌。

i. 不孕症之檢查。(應有合理的臨床適應症而非常規檢查)

j. 重複人工生殖治療失敗者。

k. 習慣性流產者。

l. 疑有子宮腔內粘黏並計劃懷孕者。

m. 子宮鏡手術或藥物治療後的追蹤檢查。

n. 對子宮內膜增生或子宮內膜癌病人進行生育保留治療的追蹤。

o. 沒有過性經驗，有合理的臨床適應症需要執行陰道或子宮頸的檢查的病人。

p. 特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。

200502052-04送審需檢附的佐證資料：

a.病人執行前後一次門診病歷

b.子宮鏡影像及報告（住院病歷視情況補充）

200502052-05同一個案多次執行子宮鏡檢查之適當性：

a. 當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。

b. 子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者，追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。

c. 子宮鏡手術治療者，術後三個月內得進行追蹤 檢查，若結果為正常，應以一次為限。

d. 子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)，術後追蹤檢查時若需同時補行沾黏再分離 (而非僅僅檢查)，得以子宮鏡檢查(28022C)申報，每次追蹤應間隔4週(含)以上，整個療程原則上不超過三個月，且應於病歷中完整記載執行之必要

性與結果並留有紀錄。

e. 子宮內膜癌行生育保留治療者，追蹤應間隔三個月以上。

f. 其他特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。

200502062婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則(109/5/1)

200502062-01適宜執行「19003C 婦科超音波」及「19013C 陰道式超音波」病症以下列為原則：

1. 月經週期異常、子宮異常出血。
2. 腹痛。
3. 經痛、經血過多。
4. 不孕症評估。
5. 懷疑骨盆腔腫瘤(良性或惡性)。
6. 懷疑先天性生殖器官異常。
7. 懷疑泌尿道異常。
8. 懷疑骨盆腔感染。
9. 子宮內避孕器位置檢查。
10. 懷疑子宮外孕。
11. 第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。
12. 早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。
13. 上次超音波檢查：
    (1). 有異常發現，再依據臨床狀況決定，1個月以上不等的頻率繼續作超音波追蹤。
    (2). 正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。
14. 其他慢性病兆之追蹤。

200502062-02檢查頻率：視病情嚴重程度3~6個月執行一次。

200502062-03應檢附病歷紀錄，初步理學檢查之結果及執行超音波之理由，

併附晰可審視之超音波影像及判讀報告。

200503婦科陰道病狀診療

200503012陰道分泌物檢查

200503012-01排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查(13006C)：由陰道所採之分泌物如白帶等。

200503012-02膿或分泌物分析16007C：經由穿刺所取得之分泌物。

200503021陰道及外陰、骨盆腔發炎之抗微生物製劑使用(99/4/1)(106/8/1)

200503021-01陰道及外陰之發炎，門診口服抗微生物製劑使用以一種為限，得併用陰道塞劑或藥膏。

200503021-02子宮以上之發炎屬骨盆腔發炎，抗微生物製劑不受上述一種為限之規定。

200503030電燒或雷射治療 Condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉（如：多發性、大範圍之病灶），須於病歷詳載理由，並有麻醉紀錄。(104/1/1)(106/1/1)

200503042一般 IUD 之置入，健保不給付，而 IUD 因發炎或出血症狀而取出，可以複雜陰道異物去除術（55006C）申報。(102/3/1)(109/5/1)

200504婦科子宮頸病狀診療

200504010申報 PAP smear 費用，須檢附細胞檢查報告(非預防保健者)，以利審查。(106/1/1)

200504022抹片 ASCUS(含)以上及 HPV16、18型陽性病人，得進行陰道鏡檢查(28028C)，附加之子宮頸切片(55001C)及 ECC 子宮內管刮除術(81031C)得另行申報。(104/1/1)(106/1/1) (109/5/1)

200504030子宮頸楔狀切除術 conization 原則上不需住院，若需留院觀察時以一天為原則，病情特殊者須詳述理由。(不論住院天數均詳述理由) (102/3/1)

200504040施行息肉切除術及未懷孕之子宮刮除術者，須附病理報告。(106/1/1)

200505婦科骨盆腔病狀診療

200505010骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下

200505010-01已有性經驗者，宜記載子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之情形，至少也要記載其中之三項或以上有無病變或異常。

200505010-02無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。(102/3/1)

200505010-03陰道灌洗必須記載於病歷內。(100/1/1)

200505022婦科腹腔鏡

200505022-01施行腹腔鏡檢查(28014C)原則不需住院，如因病需要住院，須於病歷詳細記載並詳細說明理由。

200505022-02多囊性卵巢病人進行腹腔鏡卵巢鑽孔術應視為第二線治療。(106/8/1)

200505022-03全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準80014C 腹腔鏡手術，係針對傳統腹腔鏡下子宮內膜異位症電燒而設；至於電視腹腔鏡下施行各項婦科手術，於主管機關未明令公布前依各項手術費規定申報。(102/3/1)

200507產科流產診療

200507010執行人工流產之條件：

200507010-01非治療需要之人工流產係指下列項目以外之人工流產。

200507010-01-01本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。

200507010-01-02本人或其配偶之四等親以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。

200507010-01-03有醫學上之理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。

200507010-01-04有醫學上之理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

200507010-01-05不完全性流產、不可避免之流產、死胎流產等病態性流產。

200507010-02非治療需要人工流產之醫療費用，全民健康保險不給付。施行治療性人工流產後，有特殊情況需住院者，請詳細說明理由。

200507020先兆性流產原則上不需住院，如門診治療無效，需住院時必須充分說明理由。

200507030妊娠十二週前之流產及手術，原則上不需住院；如病情特殊需住院者，在申報醫療費用時，應詳細說明理由。

200507040治療性流產手術審查原則

200507040-01無任何徵候或症狀，又無病歷記載或超音波報告，不應施行子宮頸擴張刮除術(D&C)手術。

200507040-02住院安胎失敗者，可施行子宮頸擴張刮除術(D&C)手術。

200507040-03子宮頸擴張刮除手術，申報「急診」時，須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表中急診定義及急診部分審查原則及注意事項之規定。(102/3/1)。

200507040-04須附病理報告。(106/1/1)

200508產科早產診療

200508010有早產之虞須以宮縮緩解劑注射治療者，可收容住院，需檢附胎心音監視報告或有病歷記載臨床症狀，例如：出血、宮縮、子宮頸變化、破水…等。(106/8/1)

200509產科產前檢查

200509012胎心音監視檢查

200509012-01施行胎心音監視檢查(18013C、18014C)，需符合下列任一病狀：高危險妊娠之產前檢查、懷疑子宮有早期收縮、治療性引產之子宮收縮監測。

200509012-02一日累積監視超過六小時者仍以六小時計，且不可與18035B併同申報。

200509012-03送審時請檢附胎心音監視報告。

200509020產檢執行超音波檢查之原則

200509020-01若因疾病必需施行超音波檢查，不應以產檢項目申報。

200509020-02產檢合併疾病申報時，需有適應症。

200509020-03抽審案件必須附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。(106/1/1)

200509030門診實施胎兒監視(NST)追蹤胎兒健康時需有適應症才可申報。(97/5/1)

200509040妊娠劇吐症住院，原則上需附有 urine acetone 陽性反應或血中電解質不平衡之報告。

200510產科生產前後檢查

200510010驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

200510020申報懷孕試驗，須於檢送之病歷記載結果。(106/1/1)

200510032產後出血處置(55015C)病歷應詳實記載及說明理由。(97/5/1)

200511產科剖腹產

200511010剖腹產併有子宮肌瘤者，原則不宜同時做切除手術，如行切除者，須說明理由，且須附病理報告。(106/1/1)

200511020剖腹產需符合下列任一情況

200511020-01 Fetal distress(需附胎兒監視器報告)。

200511020-02 Failure to progress in active labor(產程進展不良)。

200511020-03 APH(placenta previa, abruptio placenta)(產前出血)。

200511020-04 Malpresentation(including twin with malpresentation)(胎位不正)。

200511020-05 Cord prolapse(臍帶脫垂)。

200511020-06 Induction failure(催生失敗者)。

200511020-07 Active genital herpes(生殖道疱疹者)。

200511020-08 Previous C/S(前次剖腹產)。請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。

200511020-09 Previous uterine surgery(先前有子宮手術者)。

200511020-10 Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata,diffuse(陰部或陰道長尖形濕疣)。(102/3/1)

200511020-11 Treatable fetal anomalies(e.g. gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly) (胎兒先天不正常可治療者)。

200511020-12 Preeclampsia(子癇前症) with：

200511020-12-01 Uncorrectable severe preeclampsia。

200511020-12-02 HELLP syndrome。(106/1/1)

200511020-12-03 Eclampsia。(106/1/1)

200511020-13 Extremly premature fetus < 1500gm(限有 NICU 設備者)。(嬰兒體重<1500公克)

200511020-14 Pelvic deformity(Sequal of poliomyelitis or traffic accident,etc.)(骨盤畸型)。(106/1/1)

200511020-15 Fetal macrosomia(>4000gm EBW)(胎兒超音波預估體重過重>4000公克)。(106/1/1)

200511020-16 Cephalopelvic disproportion (CPD)(胎頭骨盆不對稱)。

200511020-17 Obstructive labor (e.g.myoma, ovarian tumor)。(106/1/1)

200511020-18 Major medical complications(主要內科併發症)。

200511020-19經診斷為 HIV(+)者。(98/8/1)

200511020-20其他特殊適應症，但須詳細說明。(106/1/1)

200512產科子宮外孕診療

200512010產科超音波

200512010-01子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病得申報產科超音波(19010C)。(104/1/1)

200512010-02抽審案件必須附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。(106/1/1)

200512021以 MTX 藥物注射治療輸卵管外孕妊娠，請核實申報醫療費用，不應以腹腔鏡子宮外孕論病例計酬手術項目申報。

六、西醫基層醫療費用審查注意事項-骨科

(一)骨內固定物拔除(64245C、64246B、64247C)，如需住院以不超過七日為原則，但手術紀錄須詳細記載拔除何種內固定物；拔除成人kpin以不住院為原則。

(二)注意骨科特殊材料之使用有無依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。(102/3/1)

(三)骨科手術野之認定標準以各關節或各肢節為手術野(病巢)單位(詳附表九)，不同手術野應依所定之支付點數分別給付，同一手術同時做兩種以上手術則依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節通則六之規定辦理，「關節」之定義為骨骺之間為標準。(102/3/1)

(四)骨科急診手術限1. multiple fracture (2 components以上)2. open fracture 3. pediatric fracture 4. complications如neuro vascular injury visceral organ injury infections etc 5. joint fracture or joint dislocation (101/2/1) 6. special condition如年輕人之femoral neck fracture等方可申報急診加成。

(五)醫師須依X光片、電腦斷層、磁振造影或核子醫學骨髓炎篩檢予以判定「慢性骨髓炎」是否符合慢性病之條件，如須服用抗生素時需有CRP、ESR檢查作為判定依據。(97/5/1)

(六)膝關節鏡手術之適應症：施行關節鏡手術須附術前及術後之清晰照片。

(七)刪除(100/1/1)

(八)作X光檢查，應簡明扼要的記載主訴及診察相關的病史以及身體評估檢查（理學檢查）的項目內容與結果。對於 X 光檢查的必要性，應分別敘明確實的理由，與臨床懷疑的診斷（鑑別診斷）。若有多部位同時作 X 光檢查，必須註明臨床鑑別診斷之必要性之理由；否則，若無醫療專業判斷合理的理由，而以較不適當之鑑別診斷作 X 光片檢查者，從嚴審查。針對無合理的臨床醫療的理由而過度頻繁作 X 光檢查者，嚴加審查。(95/12/1)(100/1/1)

(九)刪除(104/1/1)

(十)刪除。(95/12/1)(106/12/1)

(十一)骨折若需重打石膏申報者，除了病歷記載詳實外，應檢附照片，證明石膏不堪使用或腫脹等因素造成。(100/1/1)

七、西醫基層醫療費用審查注意事項-泌尿科

(一)前列腺切除術(79404B、79405B、79406B、79411B、79412B)：

(102/3/1)

1. 必須附病理報告，報告內容必須含組織之重量，作為支付之依據。(97/5/1)
2. 尿道切開、恥骨上膀胱造口：均不得另行申報。BPH 同時併有明顯尿道狹窄時，可視病歷記錄得另行申報尿道切開術，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六之規定辦理。(102/3/1)
3. 術中使用之沖洗液不得另行申報。
4. 術後再出血造成阻塞，如需用膀胱鏡清血塊或再止血，以78026C 項申報，若為同一醫院或同次住院依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。(102/3/1)
5. 切除之組織重量小於5公克，以79407C（經尿道前列腺切片術）給付。(97/5/1)

(二)膀胱腫瘤：

1. 必須附病理報告。
2. 如僅做活體切片，得以經尿道前列腺切片術(79407C)申報，惟不得申報經尿道膀胱腫瘤切除。

(三)尿路結石：

1. 輸尿管鏡取(碎)石術：U.V.J.stone 用膀胱鏡取石時，得以碎石取出術、簡單(在膀胱內壓碎並除去)(78026C)項申報，惟不得以輸尿管鏡取石術申報。

2.經皮腎造瘻取石術不得申報昂貴拋棄式器械組，同一病患多次實施需詳細說明。

3.施行尿路結石體外震波碎石術(ESWL)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。(102/3/1)

(1)申報費用時應檢附以下資料：

甲、詳細之病歷紀錄：碎石紀錄須記載結石大小、位置及有無症狀。

乙、影像學檢查報告：須包括下列三者之一，A.KUB及Sono、或B.IVU或3.RP。必要時須附原片。

(2)ESWL兩次之間之時間間隔，原則上同一結石需一週觀察期，才得實施第二次ESWL；其他特殊情況，則請各審查醫藥專家自行評估。(102/3/1)

(3)病患之腎臟結石最大徑限大於(等於)〇・五公分以上或輸尿管結石小於〇・五公分，但合併有明顯阻塞性腎水腫、有重複感染或重複腎絞痛者，方得申報體外電震波碎石術。

(4)完全鹿角結石患者第一次取石治療，如有特殊情形必須施行體外電震波碎石術時，須專案申請。

(四)各種疾病之處方用藥，除非有特殊理由，原則上以作用機轉明確之藥物為主，若病情需使用Nephronorm等藥品，需於申報表單上註明使用理由。(101/2/1)

(五)用於診斷男性性功能障礙之PGE1得申報藥品費用，惟每一病人最高使用劑量為每次60mcg，一生三次為限。

(六)刪除(99/4/1)

(七)錄影尿流動力學檢查 Video-urodynamic study (21006B)應為尿流速圖(21004C)、膀胱壓檢查(21007C)、外括約肌肌電圖(21003C)等檢查不能確定診斷時才使用；良性前列腺肥大之病患不適宜作錄影尿流動力學檢查。

(八)病患已置入雙丁輸尿管，拔除後再置入同側雙丁輸尿管，其拔除過程之費用(50010C)不應予給付。

(九)膀胱灌注化學腫瘤藥品，應以化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(05221A)、膀胱灌注(50011C)給付，不應以抗癌化學藥物注射治療(37005B)給付；口服抗癌藥物不應以05221A 給付，此項應為調劑化學腫瘤藥品供膀胱灌注之藥事服務費。

(十)包莖環切術（50020C）之適應症為：(97/5/1)

1. 嵌頓性包莖(paraphimosis)。
2. 曾有發生復發性包皮炎，並有明確之病歷紀錄可資證明。
3. 包皮有結疤影響排尿或陰莖勃起。
4. 因包皮病灶而須將包皮切除並送病理檢驗者。
5. 因他項手術之需要而須將包皮切除者。

(十一)BPH 病人使用 bethanechol 之審查原則：(97/5/1)

1. BPH 病人建議不宜直接使用 bethanechol，若已服用 finasteride 或 α-blocker 3個月，仍有有意義的殘尿並有證明者，則可同意使用。
2. 急性尿滯留，已 on Foley 者，需符合藥品許可證適應範圍且排除阻塞性病變者，另有足以證明 detrusor 功能障礙引起者，可同意使用。

3. 併有 DM 者，使用原則應符合第1項要求。但屬長期無法解尿者，則不可使用。

4. DM 病人併有 AUR，排除其他原因導致者，可同意使用。

5. NB（neurogenic bladder）併 urinary retention 但 on Foley 已有一年者，不建議使用。

八、西醫基層醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科

2009耳鼻喉科

200901超音波與骨骼掃瞄

200901012頭頸部軟組織超音波

200902內視鏡

200902012鼻咽鏡 Nasopharyngoscopy

200902022鼻竇內視鏡 Sinoscopy

200902032喉鏡 Laryngoscopy

200902040追蹤鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡

200903耳科檢查

200903012良性陣發性姿勢性眩暈

200903022 Audiometric Studies

200904鼻科檢查

200904012鼻阻壓檢查 Rhinomanometry (RMM)及聲波鼻腔測量儀 acoustic rhinometry (AR)

200904022鼻竇超音波檢查 Sinus echo

200904032過敏原測試 MAST allergy test(108/3/1刪除)

200905耳鼻喉、頭頸外科處置

200905012耳鼻喉局部治療

200905022鼻息肉切除術

200905032蒸氣或噴霧吸入治療

200905042鼻填塞

200905052鼻出血處置

200905062耳垢取出

200905072複雜異物取出

200905082藥物燒灼

200905092呼吸道抽吸

200905102頭頸部感染或術後感染處理

200905112執行兩種以上處置

200906耳鼻喉、頭頸外科手術

200906012多項手術

200906020中耳炎及鼻竇炎手術之麻醉

200906032兩耳手術

200906042外耳道異物除去術

200906052耳鼻喉部手術使用雷射手術

200906062以雷射施行下鼻甲手術

200906072 Auricle pseudocyst

200906080懸壅垂軟腭咽喉整形術

200906092鼓室內注射類固醇

200907耳鼻喉、頭頸外科用藥

200907011類固醇鼻噴劑

200907021抗組織胺

200907031化痰藥物

200907041抗生素

200907051口服液劑

200907061抗微生物製劑

200907071 Laryngopharygeal reflux (LPR)藥物治療

200907081耳鼻喉科製劑

200901超音波與骨骼掃瞄

200901012頭頸部軟組織超音波(19012C)：(107/2/1)

200901012-01可用於甲狀腺腫瘤、唾液腺腫塊、頸部腫塊、術後及電療後追蹤者。若同時執行 ultrasound-guided fine-needle aspiration 時得另申報 thyroid puncture (29011C)。

200901012-02若於3個月內再次申報頭頸部軟組織超音波(19012C)或 thyroid puncture (29011C)，需於病歷詳述理由。

200902內視鏡

200902012鼻咽鏡 Nasopharyngoscopy (28002C)：

200902012-01可用於診斷鼻腔、鼻竇或鼻咽、下咽、聲帶疾病、不明頸部腫塊、上消化呼吸道功能性障礙，或因病人有嘶聲症狀、強烈喉反射，或解剖結構異常無法執行間接反射鏡檢查者。(99/7/1) (107/2/1)

200902012-02送審時需檢附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

200902022鼻竇內視鏡 Sinoscopy (28003C)：

200902022-01可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery，FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。(97/5/1)(100/1/1) (107/2/1) (109/5/1)

200902022-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

200902032喉鏡 Laryngoscopy (28004C)：

200902032-01可用於診斷咽喉疾病。

200902032-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

200902032-03不得同時申報喉頻閃光源內視鏡(28005B)。

200902040追蹤鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡：治療中得申報三次，治療後之追蹤一個月得申報1次。頸部腫瘤，疑似原發或轉移性癌，診斷(含切片)時，得申報1次，確認為癌症後，依頭

頸癌之申報原則。(109/5/1)

200903耳科檢查

200903012良性陣發性姿勢性眩暈(Benign paroxysmal positional vertigo，BPPV)施予 reposition of canalith 得申報耳石復位術 canalith repositioning procedure (54044C)，送審時需檢附治療紀錄。(107/2/1)

200903022 Audiometric Studies(107/2/1)

200903022-01中耳或內耳疾病初診時，經理學檢查後，如有必要，得申報 Complete Audiometric Studies (PTA + SRT + SDS 或 PTA + tone decay test + stapedial reflex decay test)。耳鳴病人初診時，如有必要，得加做耳聲傳射檢查，前述情境，需於病歷詳實紀錄理由與發現。

200903022-02中耳術後穩定下，於1個月、3個月、6個月、1年追蹤聽力，以執行 PTA 及 SRT 檢查為原則。

200903022-03追蹤急性聽力障礙於住院期間可每二日執行一次 PTA。

200903022-04追蹤波動性聽力障礙(Meniere’s disease, AIED, Basilar Migraine, PF)時，可執行 Complete Audiometric Studies。包括骨導聽力及氣導聽力。

200904鼻科檢查

200904012鼻阻壓檢查 Rhinomanometry (RMM)及聲波鼻腔測量儀 acoustic rhinometry (AR)(申報鼻阻壓計檢查54025C，送審時需附檢查報告)：(107/2/1)

200904012-01病人主訴鼻塞時，需客觀依據。

200904012-02手術前後鼻塞程度之比較。

200904012-03長期使用藥物治療，欲追蹤病人鼻塞狀況時。

200904022鼻竇超音波檢查 Sinus echo(申報19004C，送審時需附檢查報告)：

(107/2/1)

200904022-01病人主訴後鼻漏或鼻蓄膿時。

200904022-02當懷疑有上頷竇內病變時。

200904022-03手術前後鼻竇內情況之追蹤。

200904022-04長期使用藥物治療，欲追蹤病人上頷竇狀況時。

200904032 刪除 (108/3/1)

200905耳鼻喉、頭頸外科處置

200905012耳鼻喉局部治療【膿或痂皮之取出或抽吸 Removal or suction of abscess or crust (54019C)、傷口處置及換藥 Wound treatment and change dressing(54027C)、耳部雙側膿或痂皮之取出或抽吸 Removal or suction of abscess or crust, bilateral ear(54037C)、耳部雙側傷口處置及換藥 Wound treatment and change dressing bilateral ear(54038C)】：(99/4/1)(100/1/1)(102/3/1) (107/2/1)

200905012-01應符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定之適應症，並有相關之設備。

200905012-02一般案件單純局部噴灑藥物，包含於相關診療費內，不另行給付。

200905012-03須在有膿汁或痂皮之取出與抽吸及局部塗藥之條件下，方得列報該等處置項目，且須於病歷上詳實紀錄發現或繪圖備查。

200905012-04如病情需要，雖已申報 sinoscope 或 nasopharyngoscope，可另報耳鼻喉科治療。

200905012-05僅能擇一申報。

200905022鼻及鼻竇炎併有鼻息肉，施行 FESS 後，有些病人極易復發且長滿鼻息肉，於門診施行鼻息肉切除時，可申報鼻息肉切除術 polypectomy，single or multiple(65001C 或65002C)，但須有手術紀錄。(107/2/1)

200905032蒸氣或噴霧吸入治療－每次(57021C) 需符合下列任一病狀：電療中或後、急性聲帶炎、急性支氣管炎、喉部癌症、氣喘及鼻填塞中之病人。濕氣吸入治療(57007C) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節規定，限申報於人工氣道者，使用呼吸器者不得申報。(107/2/1)

200905042鼻部手術中併行之鼻填塞，含於手術費內，不另給付。鼻部手術後若發生術後大出血，得另行申報。如申報案件異常，審查醫師應加強審核。鼻填塞物取出，可以申報鼻填塞物取出項目54023C。(102/3/1)

200905052 鼻出血(Epistaxis)處置：(107/2/1)

200905052-01鼻前部出血得申報 simple epistaxis, anterior (54010C)，若使用 cauterization 來止血得申報 intranasal cauterization (54013C)，若使用 anterior nasal packing 來止血得申報54021C(nasal packing，anterior)，但需於病歷清楚記載。

200905052-02鼻後部出血得申報 complicated epistaxis, posterior (54011C)，若使用 anterior nasal packing 來止血得另加申報 nasal packing，anterior (54021C)，若使用 posterior nasal packing cauterization 來止血，得另申報 nasal packing，posterior (54022C)，但需於病歷清楚記載。

200905052-03鼻手術抽紗後 epistaxis、鼻部術後出血，應依實際處置及病況申報，並於病歷詳實記載。

200905062雙側耳垢取出得申報2次54001C，單側耳垢取出得申報1次54001C。 (107/2/1)

200905072複雜異物取出(54004C)：(107/2/1)

200905072-01適用耳鼻咽喉部位有困難異物病人，病歷需詳實述明理由。

200905072-02若病人咽反射太強，需以 fiberscopic guidance 進行異物取出，

除申報54004C 外，得再申報 nasopharyngoscopy(28002C)，或直接申報內視鏡喉頭異物取出術(54018C)。

200905082簡單藥物燒灼(51007C)適用於治療口腔、咽喉潰瘍。若獨立病灶≧2 處，或單一病灶直徑超過直徑1公分，得申報複雜藥物燒灼治療(51008C)。(107/2/1)

200905092上下呼吸道因分泌物阻塞，為改善其通暢度所為之抽吸治療，得申報呼吸道抽吸(次) (47041C)。(107/2/1)

200905102頭頸部感染或術後感染病例之處理：(107/2/1)

200905102-01以申報 debridement 為原則(48004C<5cm；48005C 5-l0cm；48006C >l0cm)，應依實際處置及病況申報。

200905102-02如執行深頸部切開引流者，得申報1次深頸部切開引流術(71023B)。

200905102-03複雜病例如多 space 或 necrotizing fasicitis，在全身麻醉下得申報1次環咽肌切開(66026B)。

200905112因情況需要同時兩種以上處置時，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第六節通則五之規定辦理，即同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上處置時， 按其主要處置項目所定點數計算之。(102/3/1)

200906耳鼻喉、頭頸外科手術

200906012多項手術申報方式，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。

(101/2/1)(102/3/1)(106/12/1)

200906020中耳炎及鼻竇炎之手術，應尊重臨床醫師參考病人病情，決定麻醉方式，必要時得調閱麻醉記錄單憑核。

200906032兩耳手術依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則辦理。

200906042鼻內或耳內異物(包括通氣管)入手術房使用顯微鏡得申報「外耳道異物除去術，使用耳道鏡，並有麻醉」(84003C)，病歷上應有手術及麻醉紀錄，由專業審查判定，否則依處置項目中，簡單或複雜異物取出申報54003C(簡易異物取出)或54004C(複雜異物取出)。(107/2/1)

200906052耳鼻喉部之手術如鼻甲手術(SMT)、腭咽整形手術(UPPP)使用雷射手術施行，因已有申報主手術，不應再另申報雷射手術。(101/2/1) (107/2/1)

200906062以雷射施行下鼻甲手術：

200906062-01以紅外線、黏膜下電燒灼施行下鼻甲手術得申報黏膜下透熱法(65074C)。

200906062-02以一般電燒灼(表面)行下鼻甲手術得申報鼻甲電燒灼(65003C)。

200906072 Auricle pseudocyst 原則申報 excision of preauriclular fistula or cyst (84005C)，若是造成耳殼明顯變形需切除部分軟骨(需有組織報告)，得申報外傷性耳成形術 traumatic otoplasty (84011B)。若僅為處置，得申報皮下腫瘍、囊腫抽吸 (47044C)。(107/2/1)

200906080手術執行懸雍垂軟腭咽喉整形術 (uvulopalatopharyngoplasty，UPPP)，病歷需記載扁桃腺肥大、snoring、apnea、morning headache、arousal、或 daytime somnolence 等一種以上症狀。(107/2/1)

200906092 Sudden deafness 病人進行 transtympanic steroid injection，門診得申報顯微鏡下耳內注射(54009B)；開刀房若設有專屬耳用內視鏡二氧化碳雷射系統，則得申報二氧化碳雷射手術(62020B)，若執行鼓膜切開後再注射，則得申報顯微鏡／內視鏡下鼓膜切開術。(84007C)(107/2/1)

200907耳鼻喉、頭頸外科用藥

200907011類固醇鼻噴劑之開立，一個月以1~2瓶為原則。口服抗組織胺及口服類固醇，得視病情需要與類固醇鼻噴劑同時開立。(107/2/1)

200907021多樣抗組織胺之同時開立，要慎重使用，必要時：(107/2/1)

200907021-01長效及短效抗組織胺可互相搭配使用。

200907021-02口服與鼻噴抗組織胺，必要時可以同時使用。

200907021-03特殊情況下，口服與鼻去充血劑、類固醇可同時開立。

200907031依病情需要得開立化痰藥物如 ambroxol(如 mucosolvan)、carbocysteine(如 muco syrup)、guaiacol glycolate(如 guaphen syrup)等。(107/2/1)

200907041抗生素之開立：(107/2/1)

200907041-01使用第一線抗生素，只要病歷記載完整，有適應症，應尊重臨床醫師意見。

200907041-02若病情需要使用第一線以外之抗生素或併用兩種抗生素，應依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第10節抗微生物劑通則辦理，且病歷需詳實記載。

200907051 12歲(含)以下兒童及不適合服用固型製劑之病人方得使用口服液劑(包括抗生素)。(107/2/1)

200907061抗微生物製劑使用(107/2/1)

200907061-01清淨 (clean)的手術傷口:術前一小時給予，術後追加以不超過24小時為限。

200907061-02清淨但易受污染(clean-contaminated)的手術傷口：手術前後給予抗生素製劑，以24小時為原則(口服與針劑併計)，以第一線抗微生物製劑為主，如需使用第一線以外之抗生素或超過48小時，應詳敘理由或附細菌培養報告。

200907061-03污染性傷口之手術及手術後發生感染併發症，依相關抗生素使用原則用藥。

200907071 Laryngopharygeal reflux (LPR)的藥物治療可包括 Proton pump inhibitors(PPI)、H2 blockers、antacids、prokinetic agents、sucralfate 及 anti-anxiety medicine (anxiolytics)，耳鼻喉科專科醫師可依病人症狀及理學檢查及健保給付規定，開立適當藥物組合治療，並得以鼻咽內視鏡追蹤治療結果。(107/2/1)

200907081耳鼻喉科製劑(107/2/1)

200907081-01 Beclomethasone cap for spray (如 Salcoat) (87/10/1)：適用因口腔放射線治療或化學治療產生大面積口腔潰爛之病人。

200907081-02 Ofloxacin (如 Tarivid Otic Solution)：有耳膜穿孔及耳漏之急慢性中耳炎或嚴重急性外耳炎病人。符合使用適應症。

200907081-03 Ciprofloxacin+hydrocortisone (如 Siproxan Otic Drops)使用原則同上：有耳膜穿孔及耳漏之急慢性中耳炎或嚴重急性外耳炎病人。符合使用適應症。

九、西醫基層醫療費用審查注意事項-眼科

(一)在門診即可診治的疾病不宜住院，如單眼眼瞼簡單之手術(有合併症之倒睫、老年性眼瞼下垂…)，翼狀贅肉之去除，雷射之處置。

(二)複雜性翼狀贅肉須具有左列任一項符合條件：請照相備查。

1. 復發性(以前曾接受過切除手術者)。
2. 翼狀贅肉侵至角膜5mm者。(應有同側半邊臉部及眼球之照片各一張以資備查。)
3. 已產生眼球粘連者，包括眼瞼與角膜粘連者或嚴重結膜與鞏膜粘連者。
4. 非複雜性者應在門診施行手術，惟兩眼同時施行手術或僅單眼有視力者，可住院診療。
5. 單眼翼狀贅肉，但鼻側及顳側同時存在者（應有同側半邊臉部及眼球之照片各一張以資備查）。(99/7/1)
6. 翼狀贅肉侵犯單眼角膜雙側且需同時手術者。(100/1/1)

(三)檢驗方面：

1. 以病例為主，宜有選擇性，不宜做不必要的檢查，如一位無任何病史的患者，作白內障手術，避免做電解值，膽固醇等檢查。
2. 胸部X光請勿列為常規檢查，除非有胸部疾病之過去病史者，或最近一年內未照X光之患者，以減少病人曝露在放射線之環境中。

(四)白內障手術：

1. 刪除(101/2/1)
2. 用藥力求簡單：預防感染可給予抗生素，但以外用抗生素眼藥為

主。(101/2/1)

3.口服止痛消炎、消腫藥：正常順利的手術助益不大，可以不用，若需要以三日內為原則。

4.眼檢查作前葉檢查申報細隙燈顯微鏡檢查(23401C)項，眼壓、眼底及DBR【含超音波檢查(A掃瞄)(23503C)項及角膜曲度測定(23001C)項】。

5.手術換藥：每天壹次即可。至多可申報術後換藥兩次，申報術後換藥日期不宜超過2個星期。(104/1/1)

6.手術以86008C項，不宜再加86009C或86010A項。

7.無水晶體症再裝人工水晶體以86012C項。

86012C項為更換人工水晶體適用。

86013C項為脫位再固定或調整時用。

8.收縮瞳孔之成分製劑如carbamycholine及acetylcholine chloride 1%已包含於手術之一般材料費用內，不另計費。

9.刪除(101/2/1)

10.白內障大多非緊急手術，不宜於第一次門診當天即施行手術；如為需事前審查者，請檢附病歷紀錄及術前白內障照相紀錄，外傷性或伴有併發症白內障除外，六歲以下免附照片。(97/5/1)(100/1/1)

11.刪除(101/2/1)

12.白內障手術紀錄應有植入人工水晶體之標籤。(101/2/1)

13.除特殊情況外(如需全身麻醉之兒童雙眼先天性白內障 、失智者或雙眼外傷性白內障)，不得一次同時施行兩眼白內障手術且兩

眼手術宜間隔一週(含)以上，但事前審查仍可兩眼同時送審且需遵循上述原則。(106/1/1)。

14. 施行白內障手術前應先驗光，驗光得以矯正者，應有矯正視力紀錄，確實不能矯正視力者，應於病歷說明原因，未說明原因者，不予給付。另外一般白內障手術後，如為降低散光之角膜縫線拆除則以85205C 申報，應檢附前後驗光單或 K-reading 佐證。如因角膜縫線鬆解突出以單純角膜異物除去術53010C 申報。(97/5/1)

15. 同時執行「水晶體囊內（外）摘除術」及「眼坦部玻璃體切除術」，應依保險人規定辦理，即按國際疾病分類臨床修正碼之編碼原則，若「水晶體囊內（外）摘除術」為主手術，應適用論病例計酬相關規定申報；若「眼坦部玻璃體切除術」為主手術，則可沿用原有之申報方式，並適用全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準手術通則之規定：「一主刀，一副刀」之方式申報。（中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇〇六一二七號函）(102/3/1)(102/7/23)

16. 白內障手術事前審查包括全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準項目編號86006C、86007C、86008C、86011C、86012C、86013C 等項目。（中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇〇六一二七號函）(102/3/1)

(五)視網膜剝離：

1. 一般住院治療以壹週為宜。(但可視病況的複雜性來調整)。

2. 用藥宜精簡。

3. 檢查非其他病因(如糖尿病等)，重點檢查即可。

4.眼檢查：

(1)B-SCAN(23504C)：除非有玻璃體混濁等特殊情況，應於申報費用明細中註明理由，否則不應將超音波檢查列為例行檢查。但有發現者除外(如 CHOROIDAL DETACHMENT)，牽引性或滲出性視網膜剝離可申報 B-SCAN。(106/8/1)

(2)網膜裂孔定位(23809C)：限於手術前實行。若有破洞或視網膜剝離但沒有手術或雷射，只可申報間接眼底檢查(23702C)或裂隙燈眼接觸鏡檢查(23405C)，兩項擇一項申報。(106/8/1)

5.間接式眼底鏡檢查(23702C)申報須附圖及病況描述；視網膜雷射治療(PRP)者原則上，已包括23702C(除初診可申報外，複診者應內含)。

6.眼底病變(包括 FAG 螢光眼底攝影術 Fluorescein Angioraphy)依病情需要，彩色眼底攝影，若為局部性病變一眼以不超過四張為原則；如為廣泛性病變一眼以不超過八張為原則。(中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九○○○六一二七號函)

7.手術：

(1)高複雜性：有嚴重視網膜增殖病變作網膜切開，網膜上或下膜分離術時，以86207B 項＋1/2 85608B 項給付(須附術前網膜剝離照片及手術記錄備查)。

(2)複雜性：網膜剝離併玻璃體出血，視網膜局部皺縮或巨形裂孔以85608B＋1/2 86206B 項給付(須有術前網膜剝離照片及手術紀錄備查)。

(3)一般性：85608B(須有手術前網膜剝離情況圖及手術記錄單備

查)。

(4)簡單的以86404B項為依據。

(5)單純引流：86403B項。

(六)玻璃體切除：86206B項及86207B項給付標準。

1.86206B項：作簡單之玻璃體切除。

2.86207B項：作玻璃體切除，再加網膜切開、網膜上或下膜分離術時才給付，需有手術記錄單備查。

(七)角膜移植：

1.手術給付以穿透性角膜移植術(85213B)項給付(包含虹膜分離或整型)，若再加白內障手術為穿透性角膜移植術(85213B)項＋1/2水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(86008C)項。

2.角膜移植術使用之材料角膜保存液費用，已包含於該項手術之手術材料費中，各特約醫院不得再以特殊材料另行申報費用。

(八)1.內外斜視：凡斜視矯正手術作三條肌肉或以上者，須有包含兩眼在內之術前照片以資備查。(101/2/1)

2.斜視檢查申報【立體官能檢查(23201C)、四燈融像檢查(23202C)、三稜鏡檢查(23203C)、立體感視覺檢查(23204C)、複相檢查(23205C)、眼肌協調檢查(23206C)、斜視鏡檢查(23207C)、斜視檢查(23208C)】，每一項檢查應為病情所需且須有檢查結果之紀錄。

(九)雷射治療(60001C至60016C)：

1.60003C項＋60004C項X2(糖尿病網膜症)，即指糖尿病網膜症患者如須施行全網膜雷射術，其同一療程於情況需要時，得列報一次

60003C 項及二次60004C 項費用。病歷應記載該眼為第幾次雷射。（103/6/1）

2. 60005C 項＋60006C 項，即指同一療程於情況需要時，得列報一次60005C 項及一次60006C 項費用。

3. 60007C 項＋60008C 項 X1，即指青光眼患者如須施行小樑雷射術時，其同一療程於情況需要時，得列報一次60007C 項及一次60008C 項費用。(101/2/1)

4. 60011C 項＋60012C 項。YAG 原則上限申報60011C 項一次。

5. 刪除（104/1/1)

6. 同一療程或同一病灶係指該處置須分多日或多次來完成者。

7. 申報【黃斑部雷射術－初診(60001C)、黃斑部雷射術－複診(60002C)、全網膜雷射術－初診(60003C)、全網膜雷射術－複診(60004C)、週邊(局部)網膜雷射術－初診(60005C)、週邊(局部)網膜雷射術－複診(60006C)】需附術前與處置之完整病歷紀錄。

8. 虹膜穿孔需有隅角鏡檢查紀錄以為審查依據。

9. 申報 YAG capsulotomy 不可再申報 slit lamp 及散瞳檢查，病歷術前需記錄矯正視力、同時需有眼底檢查記錄、施術情形；術後有追蹤時，檢附術後之矯正視力；不可在白內障術後一個月內施行。同一眼同一院所只能申報一次 60013C(初診)。如果日後再復發申報 YAG-CAPU(60014C)（複診)，應附照片佐證。(104/1/1)(106/1/1)

原則：與第一次間隔超過一年且以一次為限。但病況嚴重需分數次雷射者，須於病歷上記載理由，並檢附照片佐證，且申報次數以

三次為上限，於同一醫療院所接受雷射治療，除照片外，需再檢附前2次雷射能量及發數，以茲佐證。於不同醫療院所接受再次雷射手術治療，只需檢附照片佐證。(106/1/1)

10. Argon 雷射(60003C、60005C)：(106/8/1)

(1)初診即可申報之病狀

A. Retinal tear (hole) +/- Local RD, lattice degeneration with vitreous traction。

B. PDR ĉ partial VH or pre-retinal hemorrhage。

C. NVI or NVG due to retinal conditions。

D.偏遠且就醫不便或身體狀況不良之患者(抽審時提出說明)。

(2)以上狀況若有必要，可同時申報兩眼，並於病歷說明原因。

(十)刪除(103/8/1)

(十一)細隙燈檢查須附上圖形或以文字詳述病情，不可只寫病名即申報，其適應症範圍：(106/1/1)

1.角結膜疾病(一般結膜炎除外)。

2.眼部異物。

3.虹膜炎。

4.水晶體疾病（中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇〇六一二七號函)。

5.青光眼。

6.玻璃體疾病。

(十二)23706C 角膜活體螢光細胞染色檢查已內含細隙燈顯微鏡檢查(23401C)費，不得同時申報。

(十三)「瞳孔散大23803C」之申報原則：

1. 間接式眼底鏡檢查(23702C)已包括散瞳費用在內，不另給付；直接眼底檢查(23501C)於情況需要散瞳時，得另行申報散瞳費。

執行23702C 間接眼底鏡檢查(內含23803C 瞳孔放大)：(106/8/1)

(1) 需附圖或以文字詳述其眼底所見。

(2) 需審查是否符合下列任一病狀：

A. 角膜、水晶體及玻璃體有混濁使眼底不易觀察時。

B. 視網膜病變(週邊變性)。

C. 飛蚊症患者(初診或症狀有變化)：若合併高度近視或有周邊視網膜變性症病史等。

D. 高血壓糖尿病患者、糖尿病患者初診或接受內科轉診單(病歷附轉診單)時；以後每 6 個月複診以 1 次為限，但已有網膜病變者不在此限。

E. 高度近視(＞600 度)患者非以配鏡目的之相關檢查定期追蹤時，以一年 1 次為限，但已有網膜病變者不在此限。

F. Uveitis。

G. 黃斑部病變如初診或症狀有變化時可申報，但須病歷畫圖或以文字詳述記錄，正常亦需記錄。但追蹤期間如穩定則以 23501C 申報。

2. 白內障手術前因病情需要散瞳，得申報散瞳費乙次。

3. 白內障手術後門診例行之散瞳檢查，不另給付。

4. 住院期間每日例行之散瞳檢查，不另給付。

(十四)視覺機能訓練（53024C）以每週申報一次為原則，(該週不論做幾次訓練，僅限申報一次)，每個月應附上視力矯正紀錄，並以9歲以下才可申報為原則。(97/5/1)

(十五)初次驗光出現散光≧2.0D，為幫助診斷及治療，如有做角膜曲度檢查可以申報角膜曲度測定（23001C），但爾後追蹤除另有變化不可再申報。(97/5/1)

(十六)1.執行門診手術項目至多可申報術後換藥兩次，術後之期間不宜超過2個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。

2.住院手術之換藥以住院日數為準。(97/5/1)

(十七)眼科抽審到之案件需附病歷首頁及支持該治療前後相關之病歷影本資料，非僅當次就診之病歷影本。（若附影像，請以清晰影像檢附。）(97/5/1)(99/7/1)

(十八)氣壓式眼壓測定（23305C)，應明定為疾病之診斷，及相關疾病追蹤檢查，若僅為例行篩檢，應包含於一般診察費用，申報時須有電腦印表紙；但若數據不穩定或不可靠時，最好再以其他方式來測量確定眼壓並記錄及申報。(97/5/1)(99/7/1)

(十九)角膜切開術(85201C)：1.病理造成的散光，屬於屈光手術，如近視眼或高度散光不給付。2.因各項眼內手術後造成高度散光，致兩眼不平衡時，可以申報角膜切開術。

(二十)角膜潰瘍點藥、包紮申報53016C，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報四次。

(二十一)病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述或圖示(得照相或文字敘述)、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。(中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇〇六一二七號函)(99/7/1)(106/1/1)

(二十二)刪除（104/1/1）

(二十三)病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓及細隙燈檢查一個月支付乙次為原則。（中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九○○○六一二七號函）(106/12/1)

(二十四)刪除(99/7/1)

(二十五)角膜縫線鬆解突出以單純角膜異物除去術53010C 申報，為降低散光之角膜縫線拆除則以85205C 申報，應檢附前後驗光單或 K-reading 佐證。(97/5/1)

（二十六）眼瞼下垂手術（87004C、87005C、87017C），應檢附上半臉（含前額）兩眼正（平）視前方之術前照片以資備查。(100/1/1)

（二十七）隅角鏡檢查：(104/1/1)(106/1/1)

1.23402C 前房隅角在何時可以申報：(104/1/1)

(1)前房閉鎖性青光眼或前房狹窄易引致急性青光眼者。(104/1/1)

(2)前房隅角有異常者如 Congenital glaucoma，uveitis-induced glaucoma，Posnner-Schlossmann syndrome，Angle recession glaucoma 及其他特異性青光眼。(104/1/1)

(3)青光眼及高眼壓患者。(104/1/1)

(4)前房出血者及虹彩異常者，若前房出血嚴重致隅角及虹彩無法清晰辨識者，不得申報。(106/1/1)

2.小樑手術、虹彩手術或雷射前後各可申報一次，狀況穩定者一般追蹤一年內不可再申報；狀況不穩定者除外，但病歷上需詳細記載。(104/1/1)(106/1/1)

（二十八）OCT 審查原則：(104/1/1)

1.診斷：針對黃斑部疾病及青光眼而有異常發現者。(104/1/1)

2.追蹤：黃斑部疾病之追蹤每兩月申報一次為宜，但有急性變化者不在此限。黃斑部疾病及青光眼穩定案例之追蹤，每半年申報一次為原則。(104/1/1)

3.同一病程者，抽審時需檢附當次及上次病歷影本資料及檢查記錄。初次檢查或新病診斷者，不在此限。(106/12/1)

（二十九）鼻淚管相關：(104/1/1)

1.53006C 淚管沖洗，若有持續性流淚症狀且於病歷記歷，為確定診斷可以申報，不必一定要有 positive finding，但須清楚記錄沖洗結果，此外淚囊沖洗若需重覆申報，僅限有慢性淚囊炎病患，且申報不得過於頻繁，一個月限報一次。Probing 53018C 原則亦同。(106/2/1)

DCR 及 CDCR 術後之淚道沖洗，亦適用淚囊沖洗申報，一個月限報一次。(104/1/1)

2.53028C 淚孔擴張：應用於 Punctum occlusion 病患，不應與 53006C 淚囊沖洗一同申報。(104/1/1)

3.若同時做淚管的沖洗(53006C)及探測(53018C)僅得擇一申報。(104/1/1)

4.CIS tube insertion (53019C)有淚管狹窄時可施行，可作兩眼處置。(106/1/1)

（三十）Uveitis 病人可報眼壓及眼底檢查，一次療程以申報眼壓及眼底檢查各一次為原則。 (104/1/1)

(三十一)不等視檢查(23801C)審查原則：

第1次檢查出現兩眼度數相差2.5D 以上(指 MRSE 差2.5D 以上)可支付，但爾後追蹤除另有變化不可再支付。(106/12/1)

十、西醫基層醫療費用審查注意事項-皮膚科

(一)冷凍治療【液態氮冷凍治療(51017C)、冷凍治療－單純（51021C)、冷凍治療－複雜（51022C)】:(95/12/1)

1. 申報原則：病歷應詳實記載，治療方法須有學理根據。(99/7/1)

(1)液態氮冷凍治療（51017C）：病灶數量需3個(含)以上或總面積大於2平方公分（＞2cm^2），或必須先做削皮(shaving)處置者。

(2)冷凍治療－單純（51021C）：病灶數量單一或總面積1平方公分以內（≦1cm^2）之單純冷凍療法。

(3)冷凍治療－複雜（51022C）：病灶數量需2個或總面積大於1平方公分至2平方公分以內（＞1cm^2且≦2cm^2）之複雜冷凍療法。

(4)位於所有人臉部或六歲以下孩童，得以診療項目代碼51017C 申報醫療費用。(99/7/1)(101/2/1)

(二)病灶內注射51009C 至51011C：

1. 申報原則：須多次治療時，每次注射應間隔一週以上。同一之囊腫若施行此處置，不得再另行申報切開排膿，應擇一申報，如為病灶廣泛之病例，須另行處方外用類固醇製劑時，應於病歷上記載清楚。

2. 適應症：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。

(三)電燒治療：

1. 申報原則：

(1)51005C 單純：面積小於二平方公分。

(2)51006C 複雜：面積大於二平方公分。

2.適應症：限用於各種皮膚腫瘤、疣。

(四)切開排膿51020C，限囊腫及大型膿瘍(abscess)申報。甲溝炎、毛囊炎及一般血腫之引流或傷口之引流應以51004C 申報。

(五)全身性溼疹，限慢性且病灶面積達全身三十%以上之個案，並須附病歷影本備查。

(六)凡行皮膚科之切除手術，均需檢附病理報告，病歷記載應清楚，必要時可同時檢附照片(腫瘤之長度以最大直徑計算)。

(七)審查醫藥專家如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後送審時應檢附照片。(102/3/1)(106/1/1)

(八)皮膚科使用 tranexamic acid 之適應症限於皮膚出血性疾病。

(九)使用口服抗黴菌藥物如使用 Sporanox (itraconazole)或 Lamisil(tenbinafine)時，原則上不宜併用 azole 類或 allylamine 類外用藥，若病情需要，建議使用其他適當之外用製劑。使用口服灰指甲用藥之個案應於療程初次治療時詳細記載或檢附照片。(97/5/1)(100/1/1)

(十)使用外用藥於申報費用時，請於門診處方治療明細或住院費用醫令清單上，明示其重量或容量，俾利審查時評估藥量使用之適當性。

(十一)Acne therapy 不論數目多寡，以申報一次51004C『皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿庖切開)』為原則，並不得再合併申報其他相關治療。

(十二)刪除(101/2/1)

(十三)Elidel 及 Protopic Oint 限異位性皮膚炎使用，且限擇一使用，不

得併用之。

(十四)痤瘡病患，外用藥膏以2種為限，且須機轉不同。

(十五)刪除(101/2/1)

(十六)痣切除於病歷中未見惡性症候記載者，不予支付62001C、62010C、51003C 及相關病理費用(但先天性黑色素細胞痣不在此限)，但申報如不符合臨床常態分佈者應加強審查。(95/12/1)(101/2/1)

(十七)刪除(108/3/1)

(十八)審查案件中，有皮膚處置處方者，必要時交由皮膚科專科醫師會審。(95/12/1)

(十九)皮膚疾病使用 Antihistamine（抗組織胺）藥最多不超過2種為原則；若有例外情況應於病歷上敘明。（97/5/1）（104/1/1）

(二十）單純性疱疹使用 acyclovir 依藥品給付規定辦理。(99/7/1)

(二十一)照光治療：病歷應附照片（首次治療前），並依規定註明每次治療日期及劑量，若未註明則保險人不予給付。病情穩定者，同一療程以六次為原則。治療後每三個月照相一次檢視改善情形，每50次須重新評估。每次治療須有患者親自簽名。(109/5/1)

十一、西醫基層醫療費用審查注意事項-神經內科

(一)門診部分審查原則及注意事項：

1. 門診處方用藥之審查，依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除了應注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。
2. 門診處方用藥之審查，尤其是抗痙劑、抗凝血劑、抗血小板藥物、降腦壓、腦血管循環促進劑、抗巴金森氏症及類固醇等類藥物容易發生使用不合理之情形，應請神經科審查醫藥專家加強審查之。(102/3/1)
3. 神經科慢性病人比例較高，也應注意其他非慢性病用藥之劑量及時間長短是否適當。
4. 須注意檢查或檢驗之必要性，對於以研究、預防或健康檢查而做與診療無關之檢驗或檢查，應加強審查。

(二)檢查項目審查原則及注意事項：

1. 腦波、肌電圖、神經傳導速度、誘發電位及腦血管超音波等檢查，應按病情需要，慎選個案施行，並須檢附神經專科醫師簽名之報告，對檢查頻率過高及檢查結果為正常之個案比率過高之醫療院所，加強審查。
2. 應儘量先使用前述檢查方法以確定診斷，但如經神經科專科醫師診察認為尚無法確定診斷而病情需要時，得施行CT或MRI之檢查。
3. 申報立體定位手術之病例需檢附手術(術前、術中、術後)照片，由審查醫藥專家依學理基礎個案審查。(102/3/1)

4.如未有經神經科專科醫師診察而逕行施行前述神經學檢查項目者，應加強審查之，以避免檢查浮濫。

5.神經學檢查如同時施行20013C（頸動脈超音波)、20021B(眼動脈流速測定)二項檢查之適應症：(101/2/1)(109/5/1)

(1)症狀性、缺血性腦血管疾病。

甲、腦中風

乙、暫時性腦缺血發作(TIA)。

(2)腦血管疾病高危險群。

(3)其他特殊腦血管疾病。

6.施行20026B(穿顱都卜勒超音波檢查)之適應症：症狀性、缺血性腦血管疾病(腦中風或 TIA)。(101/2/1)

(三)神經傳導檢查項目 NCV, F-wave, H-reflex 及 EEG 之臨床適應症如下：

1.神經傳導速度檢查適應症：

(1)週邊神經病變之診斷、鑑別診斷、追蹤與治療評估，包括多發性及單一性週邊神經病變。

(2)神經根病變及其鑑別診斷。

(3)運動神經元疾病。

(4)脊髓背根結節病灶。

(5)肌肉神經病變之鑑別診斷。

2.H-reflex 檢查之適應症：

(1)神經根病變之診斷、鑑別診斷、追蹤與治療評估。

(2)中樞神經病灶下對運動神經元之影響。

(3)上神經元病變導致spasticity之評估、追蹤與治療評估。

3.F-waves檢查之適應症：

協助運動神經傳導檢查，作下列病變之診斷：

(1)週邊神經近端病變之診斷。

(2)神經叢病變之診斷。

(3)神經根病變之診斷。

(4)神經元病變與病變數目之評估。

4.EEG適應症之訂定有其困難，須視個案之診斷及病情而定，謹將以下施行EEG條件供參：

(1)診斷價值高：在腦半球、中腦或腦幹構造之突發性及快速惡化病情時，譬如：

甲、痙攣性異常疾病，包括癲癇之診斷、追蹤與治療評估。

乙、類癲癇或假性癲癇之鑑別診斷。

丙、中毒性或代謝性腦症。

丁、病因待確定的昏迷或意識障礙。

戊、疑腦死。

己、腦血流循環降低之病情。

庚、腦膜腦炎

辛、退化性中樞神經疾病，如庫賈氏症、海棉樣腦症及漢疔頓舞蹈症等。

壬、其他神經內科專科醫師認為有必要之臨床情況。

(2)診斷價值中等：在新進發生或進行性腦局部佔位性病變，雖

然影像學診斷可更正確的定位病變，但有些情況用腦電圖可更早期診斷，甚至於只能靠腦電圖診斷，包括：

甲、腦瘤

乙、腦中風

丙、頭部外傷

丁、慢性硬膜下血腫(99/7/1)

戊、腦腫瘍

(3)診斷價值較低：病變在腦半球以下且非中央位置性、陳舊性病變、病情進行性較慢或較輕者，包括：

甲、小腦疾病或病變。

乙、侵犯顱神經或長徑路但未波及網狀中心系統之腦幹病變。

丙、精神科疾病。

丁、阿茲海默症、柏金森氏症、威爾森氏症、脊髓小腦退化症等。

戊、病因未確定之慢性頭痛。

診斷價值較低疾病屬於排除其他病因才能確定之診斷時，應註明需排除之疾病，以彰顯檢查之合理性。如早期阿茲海默症之診斷需排除海棉樣腦症，檢查之適應症情況應為 Alzheimer disease R/O Jakob-Creutzfeldt disease，或 Jakob-Creutzfeldt disease R/O Alzheimer disease 等。

5.施行以上該等檢查，須於病歷上詳實記載，以維雙方權益。

(四)急診部分審查原則及注意事項：

1. 急診定義及適用範圍依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第十五頁之附表一規定辦理。(102/3/1)
2. 急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得加算百分之二十，但有些 blood gas 等項目，應依健保規定不得加成，急診病人之常規檢查不得加成。

十二、西醫基層醫療費用審查注意事項-神經外科

(一)輕微頭部外傷病人住院案件，其醫護記錄，必須詳細記錄 coma scale、T.P.R 及神經功能之變化，以作審查參考。

(二)頭部外傷之檢查，若有必要應以 CT 為主，MRI 為輔，brain concussion 若需住院觀察，原則住院三至五天為宜。

(三)病人若已使用 Pulse Oximeter【脈動式或耳垂式血氧飽和監視器(每次)(一天)】(57017C、57018B)，則 Arterial Blood Gas 之使用宜節制，應視病情需要，如無特殊情況，一天盡量不超過一次。(109/5/1)

(四)Perineal care、Foley care 不分性別應皆可申報，惟應注意其 indication，不應 routine 申報。

(五)比重檢查 Specific gravity 申報，一星期內急性期 ICU care 應依其病情需要合理申報。D.I.則另外依 order 處理。

(六)門診用藥，宜尊重主治醫師，依據藥品規範但以不重覆為原則，且時間不應太長。

(七)Diprivan 之使用，依藥品使用規範為原則，不宜超過一星期。

(八)手術申報規範如下：

1. Delayed ICH，不論為同部位、不同部位或對側可全額申報，申報時病歷(手術記錄)應記載清楚並附 CT scan，若是 recurrentICH 或 complication 則只能給付１／２。
2. Spinal stenosis 若作 Laminectomy(多節)【椎弓切除術(減壓)－超過二節】(83003C)【椎弓切除術(減壓)－二節以內】及 Diskectomy【椎間盤切除術－頸椎(83022C)、椎間盤切除術－胸

椎(83023C)、椎間盤切除術－腰椎(83024C)】可以申報 Diskectomy×1＋Laminectomy(83002C、83003C)×1/2。

3. Open depressed fracture+ICH，除 ICH 之申報外，可申報 depressed fracture 為副手術，但須檢附 CT Scan。
4. Transsphenoidal surgery，若併矯正鼻中隔異常，可申報 SMR×1/2(65004C)。另 Bone Graft 可申報64002B，若取皮下組織、脂肪可申報62009C。

十三、西醫基層醫療費用審查注意事項-精神科

(一)精神科專業審查案件，醫療院所應檢送其醫事人員之基本資料及精神醫療人力統計表，供審核參考。

(二)精神科特別護理(45040C、45041B、45042C)，為治療性質之護理需精神科專科醫師醫囑及簽名才能申報，與一般護理有別，並非每日均可申報，且加護病房不得申報。一般而言，一次住院之申報天數以不超過三十天為原則，必要時考量人力及病情需要，得延長之。審查醫藥專家得要求檢附護理記錄備查，以為審查依據。

(102/3/1)

(三)日間住院治療費係包括精神醫療治療費用、病房費、護理費、醫師診察費等費用。

(四)心理治療評審原則：

1.門診部分：審查時考量醫療人力、專業訓練及病情需要，並將心理治療內容摘述記載於病歷。

2.住院部分：

(1)醫師或醫療人員例行病房迴診不宜編入心理治療部分申報，而應屬於一般診察費用內，除非有特別適應症及治療面談時間長度符合規定者，始以心理治療項目申報。

(2)審核者應先評估申報之醫療院所之人力設施有否提供此項治療之能力及人力配備；而非每家醫院均能申報；且心理治療內容摘述應記載於病歷。應整體考慮各種心理治療種類與次數總和，不應只考慮單項治療之數目。過去審核常見之問題及審核之一般原則如下：

一般心理治療(每次四十五分鐘)，常於住院期間被申報為每日一次。就實際常態而言，除特殊案例外，一般以每週二次為原則。

(3)會談治療項目以每週三次為原則。

一般行為治療，視實際需要申報，亦即依病情需要及確有執行治療時方申報之，且應備有病歷記錄，以供審查參考。

(4)家族治療，視實際需要申報。

(五)申報各項精神醫療治療費診療項目之案件送審時，須檢附就診當次及前後看診或治療紀錄，未檢附及用定型化單張勾選者，不予支付。各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：(95/7/15)

1.特殊團體心理治療(每人次)(45094C)

(1)住院以每週二次為原則，門診以每週一次為原則，視病情需要得增減，病歷上應有醫囑。(100/1/1)

(2)須有治療目標及計畫。

(3)紀錄須有主題及討論內容之記載。

2.支持性心理治療（supportive individual psychotherapy）45010C須有本項治療標題及相關內容之記載。(99/6/1)

3.特殊心理治療（re-educative individual psychotherapy）45087C、45088C、45089C

(1)申報時以「每次」為依據，間隔時間原則不得少於兩週，病情特殊亦不得少於一週，並需檢附檢查紀錄報告。

(2)須有討論具體內容摘要。(99/7/1)

(3)使用心理治療技巧之描述。(99/7/1)

4.深度心理治療（每40分鐘）（intensive individual psychotherapy）45013C、45090C、45091C

(1)施行之病患須經評估；對初診及有溝通障礙之病患施行本項治療，不予給付。

(2)開始治療須有治療目標及計畫。

(3)申報時並應附治療紀錄且記錄須有討論具體內容之摘要，內容如次：

A.須有治療過程之記載。

B.須有健全化病患心理防衛機轉或發展新的或有效適應技巧之描述。（99/7/1）

C.須有改善內容之描述。

D.治療時間至少須40分鐘。

5.支持性團體心理治療（每人次）（supportive group psychotherapy）45016C，治療紀錄須有討論主題及內容之記載，且須有參加者之簽名。(99/7/1)

6.深度性團體心理治療（每人次）（intensive group psychotherapy）45019C

(1)須為封閉性團體，且須載明第幾次施行本項治療。

(2)須有治療目標及計畫。【計劃需促進健全化心理防衛機轉或有效適應技巧之發展，以解決內在衝突。】

(3)紀錄內容須有主題、具體大綱、過程及時間長短之記載。

(4)治療時間至少90分鐘（不含治療前準備及治療後整理之時間。）

附註：各項紀錄內容舉例說明如下：

2. 支持性心理治療：教導病患面對問題應如何處理。

3. 特殊心理治療：具體例子為負向思考，如我一點用處都沒有；使用治療技巧如採用認知行為治療或給予同理等技巧，協助病患發展適應技能。

4. 深度心理治療：如病患主訴交不到朋友，常與人爭吵；可與病患討論交朋友之問題，讓病患了解原因為何，另使用角色扮演之方式，教導他使用更健全技巧，進而減輕與人爭吵或改善人際互動關係。

5. 支持性團體心理治療：如討論昨天看的電影，討論內容為何？(99/7/1)

(六)1. 活動治療、康樂治療、職能治療及產業治療之申報，宜配合其他申報之治療項目合併考慮其合理性。審查時應考量專業人力、專業訓練、病情需要及治療模式。

2. 精神科加護病房及急診之個案是否可申報康樂治療、活動治療及住院病人特別處理費(45037A、45038B、45039C)等精神治療費用，應依病情需要及實際治療執行情形，核實申報。

(七)審查藥物治療醫療費用時，應考量病情及藥物劑量之適當性。藥物治療特別處理費(45034A,45035B,45036C)限對接受藥物治療有抗拒或不合作之個案申報。

(八)腦波、電腦斷層檢查，以及腦圖譜分析(45079C、45080B、45081C)等非例行性檢查項目，應審慎評估其使用之適用條件；僅為研究用途等非屬於必要之治療範圍之內者，不宜申報。

(九)酒癮、藥癮所引起之併發症依規定為健保給付項目，但屬於戒酒癮、戒藥癮為健保不給付之項目，醫療院所申報酒癮、藥癮引起併發症之常規性檢查，專審醫師應嚴加審查其必要性，申報時須附有完整檢查資料，以避免造成醫療資源之浪費。

(十)生理心理功能檢查(45046C、45098C、45099C)，申報時以「每次」為依據，間隔時間原則不得少於兩週，病情特殊亦不得少於一週，並需檢附檢查紀錄報告。(95/7/15)

(十一)「人格特質評鑑」(45055C、45056B、45057C)在住院或門診病患診療過程中，視病情診斷及治療需要而由精神科醫師或臨床心理師施行，申報時以「每次」為依據，並需檢附評鑑紀錄報告。

(十二) 對兒童、智能不足、失智、老年失智、思覺失調症等病患之主要照顧者施行治療，檢附具體之家族治療或特殊心理治療紀錄者，得申報家族治療或特殊心理治療。

(95/7/15)(103/8/1)(104/1/1) (106/1/1)

(十三) 1.「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」訂有編號:45046C、45098C、45099C「生理心理功能檢查」、45052C「智能評鑑(每次)」及 45058C「心理測驗(全套)」認知功能測驗相關診療項目，由醫師依病患病情需要擇用適當之評估測驗量表，包括「魏氏成人智力測驗」等各種量表。

2.若在短期間重測魏氏成人智力量表時，請依指導手冊，再測目的及受試者的心理狀態為基礎，並可採用第一次評估時未施測過的交替分測驗取代第一次評估時已推測的分測驗，在解釋受試者的再測成績時，主試者再加上考慮這些變相及其他事件可

能的影響。另請注意下列事項：

(1)病人重測要於病歷註明理由。

(2)務必要符合任何精神科的測驗、量表，必須本人親自執行，不可僅由家屬或他人代理回答（覆）。(109/5/1)

十四、西醫基層醫療費用審查注意事項-復健科

(一)門診復健治療依病情需要核實申報，且每療程以不超過六次為原則；至於同一療程之認定，如有疑義則由審查醫藥專家專業認定之。(102/3/1)

(二)注意申請時每月簡單、中度、複雜治療等各種治療等級之費用件數有無不正常比率，其比較方式：(97/5/1)

1. 以該醫療院所過去至少三個月(最好一年)之各治療等級治療件數及費用占率參考，有無不正常比率。
2. 與其他基層院所比較，其所列報各治療等級件數及費用占率，有無不正常比率。

(三)物理治療、職能治療、語言治療等各類復健治療，應視病情輕重施行之，每日各限申報一次，申報時，應附醫師復健處方、實際治療日期、明確診斷、相關病歷摘要影本及治療記錄。(雖已排定時間而病患未接受治療，不得申報費用)(100/1/1)

(四)同一治療部位不得重覆使用類別類似的儀器。(如紅外線與熱敷同時使用)(詳附表十二)(102/3/1)

(五)申報41005C時，第一塊肌肉依支付點數申報，第二塊肌肉以後依支付點數之一半計算，最多五塊肌肉，其餘不計。

同一病患同一治療部位至多三個月申報一次，且申報時應附治療記錄。

(六)實施41006B等速肌力檢查時，同一病患治療期間，一個月限申報一次，同一治療期間，至多申報三次，進行兩側性評估時，若兩側皆有病變時各依支付點數計算，僅一側有病變時，則患側依支付點數

計算，另一側依支付點數一半計算，且審查費用需要時應附報告。

(七)復健治療，使用紅外線及紫外線治療時，不得以51018C 或51019C 申報。(102/3/1)

(八)僅使用熱敷單項治療應以47039C 申報，不得以「簡單治療--簡單」申報。

(九)43010C 至43023C 之申報限醫療院所之自製產品方可申報。

(十)復健醫療審查案件，應每月提供醫療院所復健醫療相關人員、設備、場地大小資料，供審查參考。(格式詳附表十三)

(十一)複雜治療項目之申報以積極復健期之病患為原則，病歷中應註明發病日期，以作為積極治療期間之佐証。另病人如病情需要，病歷顯示有積極功能性復健空間者，得檢附病歷申報。(97/5/1)

(十二)肌膜症侯群(myofascialpain)行板機點疼痛注射，其支付原則如下：

1. 每次門診注射以三點為限(三點以上以三點計算)，每週至多注射一次，每一療程以三週為原則，每兩療程間隔至少兩個月，支付點數每點比照39018C(肌腱注射)列報。
2. 申報此項費用時須檢附病歷影本，並敘明下列項目：

甲.激痛點注射(Trigger Point Inj)。

乙.病人曾接受哪些相關的治療方法(如藥物、物理治療等)。

丙.接受注射之肌肉名稱。

(十三)病歷記錄過分簡單者，宜從嚴審查；對診斷不明確之處方，或病歷紀錄過分簡單,無法判定治療之必要性時，得不予給付或予以簡單治療項目給付。

(十四)足部糖尿病神經炎併嚴重感覺神經功能障礙者，不宜使用紅外線治療。

(十五)刪除(101/2/1)

(十六)審查案件中，有復健處方者，交由復健科專科會審。

有關「各項物理治療花費工時」(詳附表十四)及「物理治療黃金治療療程」(詳附表十五)，供審查參考。

(十七)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「42016C 物理治療評估」之定義為：復健專科醫師、或物理治療師依據專業知識及醫師之診斷，運用物理治療評估工具及技巧，執行相關之檢查及測試，瞭解受檢測者身心及功能狀態，從而判定其意義與預後，以擬定或修正治療計畫。申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「42016C 物理治療評估」者，應填具物理治療評估表，保險人「物理治療綜合評估表」（詳附表十六）係做為參考範本，仍須配合病歷等相關資料，審查病情需要、診療結果與治療計畫之合理性。(102/3/1)(102/7/23)

(十八)關節內注射劑之使用，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特殊特材給付規定辦理。(101/2/1)(102/3/1)

(十九)針對較不適當之診斷做 X 光片檢查者，嚴加審查。(95/12/1)

(二十)刪除 (104/1/1)

(二十一)對於外傷挫傷引起疑似骨折並申報 X 光片者之抽審案件，應附外傷或是傷口照片及 X 光片一併送審。(95/12/1)

(二十二)凡釋出之復健處方案件，請於病歷上明確記載「復健處方釋出及治療計畫（包含治療適應症、治療項目、治療期間及預期之

成效)」，病患回診時需詳細評估治療後病情變化，抽審時需檢附該病患之病歷影本；物理治療所需配合釋出處方之院所抽審案件，同步檢附復健治療相關紀錄(含治療成效)影本送審。(97/5/1)

(二十三)申報復健治療時，應附醫師處方、實際治療日期，明確診斷，相關病歷摘要影本及復健治療記錄卡，其記錄卡內容應包含治療人員簽章。(雖已排定時間而病患未接受治療，不得申報費用)。(97/5/1)(99/7/1)(106/1/1)

(二十四)申報復健物理、職能或語言治療中度（含）以上之案件，或有申報X-光檢查之案件，若當月就診只有一次，請再附最近一次的就診紀錄。(100/1/1)

(二十五) 早期療育復健治療，每堂課不得超過三人(含三人)。(106/1/1)

十五、西醫基層醫療費用審查注意事項-放射線科

(一)普通檢查之審查要點：

1. 門診患者：當日於同一院所門診以不得重覆做同一項目之影像學檢查為原則，急診患者因病情需要不在此限。
2. 住院患者：重症、急症或各種加護病房之患者因急性變化行二或二次以上同一項目(含不同部位)檢查，應有報告備查。

(二)治療記錄必須註明及詳記執行項目明細。

(三)治療計畫申報超過二次以上者請附影本。

(四)復發性腫瘤進行特殊治療計畫時須檢附治療計畫影本。

(五)後荷式治療之次數如超過四次須附治療計畫影本備查。

(六)急治療次數如超過一次以上須檢附原因說明。

(七)介入性放射線學步驟之審查要點：

依病情需要同時執行介入性之檢查(如 PTCD 等)，特殊材料費得另計，且須附檢查報告，並須於報告中註明該次檢查之目的。

(八)醫療院所申報放射科醫療費用必需檢附該療程的治療記錄表、圖示照野、詳細的病歷記錄說明期別及治療的原因，並按月或療程申報費用。

(九)直線加速器遠隔照射治療，應注意區分簡單36011B 及複雜36012B 之不同方式之治療，對於同一病變之複雜照射，不得申報為多次之簡單照射。

(十) 乳房造影術(33005B)送審時應檢附報告。(106/12/1)

十六、西醫基層醫療費用審查注意事項-病理科

(一)小件、中件、大件切片檢查(25001C 至25003C)，其計價係以病理解剖部位(以 SNOMED 上的 coding number)為計算依據。同一病理解剖部位僅(以 SNOMED 上的 coding number 為基準)能以一次計價。不同病理解剖部位(以 SNOMEND 上的 coding number 為基準)得分別計價。同次申報以不超過四個解剖部位為原則。

(二)細胞學抹片檢查無判讀結果者，不予給付。但檢查結果為陰性者，仍屬判讀結果。

(三)病理科申復案件，應由病理科審查醫藥專家審查。(102/3/1)

(四)冰凍切片檢查之後續蠟塊組織切片可另行申報25001C，後續如再有標本檢送，依相關規定申報。

十七、西醫基層醫療費用審查注意事項-麻醉科

(一)麻醉中(局部麻醉除外)使用動脈血氧飽和監視器(Pulse Oximeter)(57017C)，每一病例給付一次。(109/5/1)

(二)病患如無法施行區域麻醉而改用全身麻醉者應於申報醫療費用時檢附相關病歷資料，並宜請麻醉審查醫藥專家依專業認定是否合理。(102/3/1)

(三)病人因病情改變，致已實施麻醉後無法繼續施行手術時，應於病歷上詳述原因，審查醫藥專家得按前述資料核實給付。(102/3/1)

(四)因外科併發症而實施麻醉者，按實際麻醉狀況，核實給付。

(五)麻醉中使用侵入性監視方法，應視麻醉危險性而定，費用是否刪除宜由審查醫藥專家依專業認定。(102/3/1)

(六)列報麻醉恢復照護費(96025B)、麻醉前評估(96026B)項目之醫療院所，除須有麻醉恢復室之設備，且限行臂神經叢阻斷術、脊椎麻醉、硬脊膜外麻醉及全身麻醉之住院患者，並須附麻醉紀錄及麻醉專科醫師簽章。

(七)96003C 朦朧麻醉之定義為：投與藥劑提供手術病人鎮靜作用。(中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九○○○六一二七號函)

(八)靜脈或肌肉麻醉(IV 或 IM anesthesia)(96004C)視為全身麻醉。

(九)96004C 靜脈或肌肉麻醉之界定：執行內容須包括全身麻醉誘導藥物【short induction barbiturates（如 thiopental、methohexital）、Etomidate、Ketamine、Propofol 等】及完整紀錄（包括麻醉前評估、麻醉紀錄、麻醉恢復紀錄）(中央健康保險局

九十年二月二十七日健保審字第90006127號函）

(十)凡申報全身麻醉均須檢附完整紀錄包括麻醉前評估、麻醉紀錄及麻醉恢復紀錄，前兩項之基本記載內容及參考格式（詳附表十七）。

(十一)有關麻醉申復案件，應由麻醉審查醫藥專家審查。(102/3/1)

(十二)凡申報96011C神經叢阻斷術，必須加註神經叢之解剖名稱。

附表一　刪除(99/7/1)

附表二

個案活動能力評估表

Karnofsky Scale

級別	描述
0	完全活動。能維持所有之活動，不受任何限制。
1	能夠步行及維持輕度工作，如：簡單之家務、辦公室之工作，但受制於體力消耗量大之活動。
2	能夠步行及維持自我照顧，但無法進行辦公或家務。50%以上之清醒時間，可以起床活動不必限制在床上或椅子上。
3	只能維持有限之自我照顧，超過50%之清醒時間，活動限制在床上或椅子上。
4	完全無法活動，不能進行任何自我照顧，且完全限制在床上或椅子上。

附表三

Barthel's Score

項目	分數	內容	日期			
一、 進食	10 5 0	□自己在合理時間內（約十秒鐘吃一口）可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 □需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 □無法自行取食或耗費時間過長。				
二、 輪椅與床位間的移位	15 10 5 0	□可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。 □需要稍微的協助（例如：予以輕扶以保持平衡）或需要口頭指導。 □可自行從床上坐起來，但移位時仍需別人幫忙。 □別人幫忙方可坐起來或需別人幫忙方可移位。				
三、 個人衛生	5 0	□可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。 □需要別人幫忙。				
四、 上廁所	10 5 0	□可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服。使用便盆者，可自行清理便盆。 □需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者，可自行取放便盆，但須仰賴他人清理。 □需它人幫忙。				
五、 洗澡	5 0	□可獨立完成（不論是盆浴或淋浴）。 □需要別人幫忙。				
六、 行走於平地上	15 10 5 0	□使用或不使用輔具皆可獨立行走50公尺以上。 □需要稍微的扶持或口頭指導方可行走50公尺以上。 □雖無法行走，但可獨自操縱輪椅（包括轉彎、進門及接近桌子、床沿）並可推行輪椅50公尺以上。 □需別人幫忙推輪椅。				
七、 上下樓梯	10 5 0	□可自行上下樓梯（允許抓扶手、用拐杖）。 □需要稍微幫忙或口頭指導。 □無法上下樓梯。				
八、 穿脫衣服	10 5 0	□可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 □在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 □需別人幫忙。				
九、 大便控制	10 5 0	□不會失禁，並可自行使用塞劑。 □偶爾會失禁，（每週不超過一次）或使用塞劑時需人幫忙。 □需別人處理。				
十、 小便控制	10 5 0	□日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。 □偶爾會尿失禁（每週不超過一次）或尿急（無法等待便盆或無法及時趕到廁所）或需別人幫忙處理尿套。 □需別人處理。				
總分						

0	20	40	60	100
完全依賴	嚴重依賴	顯著依賴	功能獨立	

附表四　刪除(99/7/1)

附表五

全民健康保險心導管檢查申報表

醫院：　　　　　　　　　　　　　；性別：　　　　　；年齡：　　歲；　　　病歷號碼：

病人姓名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　；身份證號碼：

健保卡號碼：

臨床診斷：

施行檢查理由和目的：

冠動脈疾病危險因子評估：

高血壓症　　　　　　□無　　　　□有　　　　治療前血壓：

血脂異常症　　　　　□無　　　　□有　　　　治療前檢查數值：

吸菸　　　　　　　　□無　　　　□有　　　　每日___支；歷經___年；已戒菸

家族罹患血管粥狀硬化疾病者：□無

□有（請註明和病人的親屬關係和診斷病名）：

糖尿病：　　　　　　□無　　　　□有

肥胖症：　　　　　　□無　　　　□有

痛風：　　　　　　　□無　　　　□有

急躁性格：　　　　　□無　　　　□有

缺乏運動：　　　　　□無　　　　□有

相關臨床症狀描述：

應附資料：一、具有代表性12導極靜止心電圖影印本一份

二、心導管報告一份，若能附上病變處照片更佳

申報醫師：　　　　　　　　　　　　　　　　　日期：

本表請併醫療費用申報

附表六

保險人特約醫事服務機構透析日期及 EPO 注射紀錄表(102/7/23)（105/1/1）

八十八年元月五日訂定

104年11月30日修訂

流水號	第一次洗腎			姓名	出生年月日	透析日期	透析日期及注射紀錄															EPO 總	檢驗						BUN 或 Ccr 值	備註
	年	月	日	身分證編號	年齡	EPO 劑量	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	量	次數	1	2	3	4	5		
				1	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				2	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				3	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				4	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				5	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				6	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				7	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				8	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				9	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
				10	年　月　日	日期																	日期							
						劑量																	Hb							
																				合計			總金額NT$　元整							

附註：1.CAPD 患者註明 EPO 投予日期即可，並在備註欄寫 CAPD。
2.本紀錄表請於費用申報時與門診處方及治療明細一併填報。
3.限門診洗腎患者申報，住院期間使用者，日期、劑量仍請註明填入，影印一份附於住院醫療費用醫令清單另行申報，不得與門診併計費用。
4.EPO 使用者每次洗腎日均請填明劑量欄，使用時註明劑量，未使用時以(/)註明。
5.用量合計務必填寫清楚。
6.流水號欄請依保險人特約醫事服務機構門診處方及治療明細之流水號碼填字。(102/7/23)

附表七

洗腎異常動態表

民國八十八年元月五日訂定

104年11月30日修訂

一、基本資料：________________

醫療院所 __________________________ 代號

病患姓名_____________ 身份證字號___________________ 流水號

出生_____年____月_____日 年齡______ 開始洗腎日期_______ 乾體重

二、適應症：

1.絕對適應症

□末期腎病並有 Ccr≦5ml/min □血清 Cr≧8mg/dl

2.相對適應症：重度慢性腎衰竭且 Ccr≦15ml/min 或血清 Cr≧6mg/dl，且有下列任何一樣併發症者

□心臟衰竭或肺水腫 □心包膜炎 □出血傾向

□神經症狀：意識障礙、抽搐或末稍神經病變

□高血鉀(藥物難以控制) □噁心、嘔吐(藥物難以控制)

□惡病體質 □重度氮血症(BUN>100mg/dl)BUN _______mg/dl

□代謝性血酸(藥物難以控制)

三、檢驗結果

BUN_________Cr____ K______ Na_________Hct____ Hb ____ CO_2 __________（105/1/1）

□附 X 光片或報告

四、洗腎異常理由

醫師簽名 _______________ 專科證號_______________

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(106/1/1)

TTAS 級數 判定依據	一級 復甦急救	二級 危急	三級 緊急	四級 次緊急	五級 非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識					
綜合描述	無意識	意識改變	清楚的意識狀態		
GCS	3-8	9-13	14-15 (應使用其他變項判定級數)		
呼吸道	無法保護呼吸道				
對刺激反應	無反應或僅對疼痛或大聲的叫喚出現無意義的反應動作	可定位痛點，對聲音刺激有含糊或 不適當的語言回應			
意識狀態	意識程度持續惡化	疲倦嗜睡、反應遲鈍、眼神呆滯、 無定向感、躁動不安、暴力動作、 無法安撫	清楚的意識狀態、有定向 感、可安撫		
抽搐	持續抽搐	剛抽搐結束			
肌張力	肢體癱瘓	虛弱無力，無法坐起			

備註：

2. 只適合急性變化(7 天內意識改變，且與情況穩定時意識有差異)。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
二、呼吸：					
綜合描述	重度的呼吸窘迫：呼吸衰竭，為過 度的呼吸工作而產生疲憊現象，明 顯發紺及意識混亂或沒有呼吸。	中度的呼吸窘迫：呼吸費力、呼吸 工作增加、使用輔助肌。	輕度的呼吸窘迫：呼吸困難，心跳過速，在走動時有呼吸急促的現象，沒有明顯呼吸工作的增加。		
說話	單一字或無法言語	片語/不成句	可使用句子		
呼吸道	上氣道阻塞致口水外流	明顯或惡化的喘鳴呼吸聲，但呼吸 道仍暢通。	氣喘呼吸聲、呼吸道暢通		
呼吸次數	<10 次/分				
呼吸窘迫姿勢		嗅吸姿勢/三點支撐姿勢/拒絕躺下			
呼吸輔助肌使用/ 鼻孔張合	鼻孔張合且合併肋間、肋下、胸骨 上、胸骨下、鎖骨上凹陷	僅鼻孔張合或胸骨上輕微凹陷			
血氧飽和度	＜90%	＜92%	92% - 94%		

備註：

1.分級判定依據以描述性定義為主，除重度呼吸窘迫或 O2 saturation 外，不以呼吸次數或其他絕對值為分級標準。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數 判定依據		一級 復甦急救	二級 危急	三級 緊急	四級 次緊急	五級 非緊急
生命徵象(Vital signs)						
三、循環						
綜合描述		休克：組織灌流不足或缺氧，典 型的徵象：皮膚冰冷、盜汗、蒼 白、呼吸急促、意識模糊不清。	血行動力循環不足： 血壓偏低但未出現休 克徵象，但血液灌流 處於邊緣不足狀態。	生命徵象接近正常範 圍之臨界值。(應使用 其他變項判定級數)		
每分鐘心跳次數	＜3M：	≦100 或 ≧200				
	3M -3Y：	≦80 或 ≧180				
	＞3Y：	≦60 或 ≧150				
膚色		嘴唇、黏膜發紫	肢端發紫，蒼白/斑駁			
微血管填充時間		>4 秒	>2 秒	≦2 秒		
低血壓 (> 1 Y)		收縮壓< 70mmHg				

備註：

1.原則上兒科患者應在檢傷站測量血壓，但兒童無法配合者，可暫不量，但在可配合情況下，仍應完成血壓測量。

2.兒童有神經系統，呼吸系統，心臟血管系統相關主訴，仍應測量血壓。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
四之一　體溫過高(>38.0C)					
不分年齡	＞41℃				
< 3M		>38℃			
3M-3Y		免疫功能缺陷或有病容	無病容		
>3Y		免疫功能缺陷	有病容	無病容	
四之二　體溫過低(<35℃)					
不分年齡	＜32℃				
< 3M		32℃- 36℃			
> 3M		32℃- 35℃【備註4】			

備註：

1. 體溫測量採和中心溫度接近之測量結果，如耳溫及肛溫等方法，但三個月以下嬰幼兒，建議測量肛溫，若無法測量肛溫，建議採用測量結果接近中心溫度之其他方法。
2. 在體溫過高部分，發燒之定義為中心體溫 >38.0C。除中心體溫>41˚C 歸為一級外，其他範圍的發燒情況，皆不以絕對值作為分級的規範，而是考慮病患是否有病容、是否為免疫不全的狀態來決定檢傷級數。
   - 免疫功能缺陷：白血球過少、曾接受移植手術、長期使用類固醇、疑似敗血性休克、癌症、ESRD 等病患。
   - 有病容：臉色潮紅、脈搏加快、脈壓變寬、焦慮、機動或混亂的情形。
   - 無病容：心跳和脈壓正常、;意識警醒、清楚的定向感。
3. 體溫過低之定義為中心體溫　<35℃，中心體溫＜32℃歸為一級，小於三個月之嬰兒< 36℃歸為二級。
4. 大於三個月之兒童在環境暴露所引起之低體溫也增列 32-35℃之判定依據，但此情況不適用於非環境暴露者。

附表八之二、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-疼痛嚴重度(106/1/1)

TTAS 級數 / 判定依據	一級 復甦急救	二級 危急	三級 緊急	四級 次緊急	五級 非緊急
疼痛嚴重度					
嚴重(8-10)		嚴重(8-10)			
中度(4-7)			中度(4-7)		
輕度(0-3)				輕度(0-3)	

備註

1.疼痛量表(使用十分量表)

2.兒童疼痛不分中樞和周邊，只以疼痛嚴重度作為分級標準

表八之三、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-受傷機轉(106/1/1)

TTAS 級數 / 判定依據	一級	二級	三級	四級	五級
	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
高危險受傷機轉					
一般創傷		1.汽機車車禍 2.行人或腳踏車被汽車撞到 3.由大於 6 公尺高處跌落 6.任何受傷在頭部、頸部、軀幹、或靠近手肘和膝蓋處的穿刺傷 7. 槍傷			
頭部創傷		1.車禍被拋出車外 2.未繫安全帶撞到擋風玻璃 3.行人被車輛撞倒 4.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 5.被人使用鈍器攻擊（拳腳除外）			
頸部創傷		1.汽機車車禍 2.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 3.頭部被垂直撞擊者			

備註

1.兒童之高危險受傷機轉採用與成人一樣標準

2.兒童病患使用外傷主訴時，以中樞疼痛嚴重度作為分級標準

3.懷孕少女遭受外傷時，可依 TTAS 原始判定級數再往上調高一級

表八之四、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準首要調節變數分級綜合列表(106/1/1)

TTAS 級數 / 判定依據	一級	二級	三級	四級	五級
	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識	*	*			
二、呼吸窘迫	*	*	*		
三、血行動力	*	*			
四、體溫	*	*	*	*	
疼痛程度(Pain Scale)		*	*	*	
高危險受傷機轉		*			

說明：

首要調節變數(First order modifiers)

- ➢ 生命徵象(Vital signs)

  a.意識：1、2 級

  b.呼吸：1、2、3 級

  c.血行動力學：1、2 級

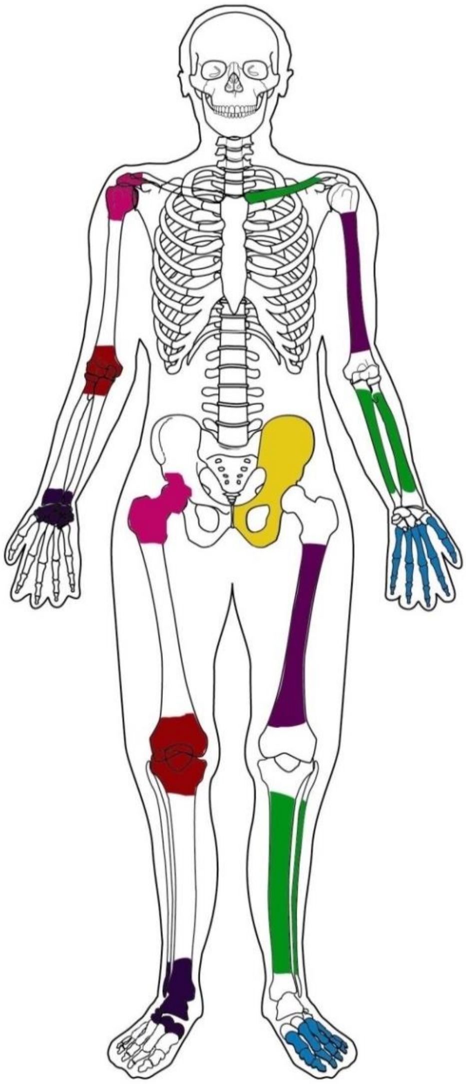
  d.體溫：1、2、3、4 級

- ➢ 疼痛程度(Pain Scale)：2、3、4 級
- ➢ 高危險受傷機轉：2 級

附表九
(109/5/1)

手術野圖示表

※不同顏色為不同手術野
※Hemi-pelvis為一手術野



附表十 刪除(102/3/1)

附表十一 刪除(102/3/1)

附表十二

同次治療不可併同申報項目

項目代號	不可併同申報項目 （不論是否相同部位）	不可併同申報 （只限同部位）
PTS2治療性冷／熱敷	全身水療	紅外線、石蠟浴、上肢水療、下肢水療、紫外線、短波、微波
PTS3紅外線	全身水療	治療性冷／熱敷、石蠟浴、上肢水療、下肢水療、全身水療、短波、微波
PTS4石蠟浴	全身水療	治療性冷／熱敷、紅外線
PTS6短波	全身水療	微波、治療性冷／熱敷、紅外線
PTS7微波	全身水療	短波、紅外線、治療性冷／熱敷
PTS8向量干擾		經皮神經電刺激、超高頻
PTS9經皮神經電刺激		向量干擾、超高頻
PTS10超高頻		向量干擾、經皮神經電刺激
PTS12紫外線		治療性冷／熱敷
PTM2上肢水療		治療性冷／熱敷、紅外線
PTM3下肢水療		治療性冷／熱敷、紅外線
PTM4全身水療	治療性冷／熱敷、紅外線、石蠟浴、短波、微波	

註：紅外線均指近紅外線

附表十三

醫療院所名稱級別：

□區域級以上
□地區級申報　填表日期___年___月
□基層

醫師	姓名	專科字號	專任	兼任	到職日期	復健治療空間(平方公尺)	
治療人員	姓名	身分證字號	專任	兼任	到職日期	專業執照字號	畢業證書字號
物理治療師 物理治療生							
職能治療師 職能治療生							
語言治療師							

附表十四

各項物理治療花費工時

代號	名稱	人工花費		機器操作	
		範圍	平均	範圍	平均
PTS1	牽引	10-15	10	15-30	20
PTS2	治療性冷／熱	5-10	7	15-30	20
PTS3	紅外線	5-15	10	15-30	20
PTS4	石蠟浴	5-15	10	20-30	20
PTS5	超音波	5-15	10	10-15	10
PTS6	短波	5-15	10	20-30	20
PTS7	微波	5-15	10	20-30	20
PTS8	向量干擾	10-15	10	15-30	20
PTS9	經皮神經刺激	10-15	10	20-30	20
PTS10	超高頻	10-15	10	20-30	20
PTS11	低能雷射治療	5-15	10	5-15	10
PTS12	紫外線	10-20	10	10-20	10
PTS13	磁場治療	10-15	10	30-40	30
PTS14	循環治療	10-15	10	20-30	20
PTM1	肌肉電刺激	20-30	20	20-30	20
PTM2	上肢水療	20-30	20	30-50	30
PTM3	下肢水療	20-30	20	30-50	30
PTM4	全身水療	30-45	40	40-90	40
PTM5	被動性關節運	15-30	20	15-30	20
PTM6	牽拉運動	15-30	20	15-30	20
PTM7	運動治療	10-30	20	15-30	20
PTM8	傾斜台訓練	20-40	20	20-40	20
PTM9	肌力訓練	15-30	20	15-30	20
PTM10	耐力訓練	15-30	20	15-30	20
PTM11	按摩	10-20	10	10-20	10
PTM12	鬆動術	15-30	15	--	--

各項物理治療花費工時

代號	名稱	人工花費		機器操作	
		範圍	平均	範圍	平均
PTM13	姿態訓練	15-30	20	--	--
PTC1	促進技術	20-30	20	--	--
PTC2	平衡訓練	20-30	20	--	--
PTC3	義肢訓練	20-30	20	--	--
PTC4	等速肌力訓練	20-30	20	20-30	20
PTC5	心肺功能訓練	20-30	20	--	--
PTC6	行走訓練	20-30	20	--	--
42016C	物理治療評估	20-45	30	--	--

PTC1-PTC6可能合併實施其他物理治療項目，惟不另計費用。

附表十五

物理治療黃金治療療程

適應症	黃金治療療程
(一)腦血管意外 cerebrovascular accidents (CVA)	6個月
1.輕癱 2.偏癱	12個月
(二)頸部症候群 cervical syndrome	3個月
(三)下背症候群 low back syndrome	3個月
(四)脊索(髓)傷害 spinal cord injury	6個月
1.下半身癱 2.四肢癱	12個月
(五)截肢 amputation	2個月
1.BK 或 BE 2.AK 或 AE	3個月
(六)冷凍肩(五十肩)frozen shoulder	6個月
(七)顏面麻痺 facial palsy	3個月
(八)關節炎 arthritis	3個月
(九)骨折 fractures	6個月
(十)其他骨科疾病 other orthopaedic disease 肌腱炎	1個月
(十一)扭傷與挫傷 sprain & strain	1.5-3個月
1.膝內障	1.5-3個月
2.踝扭傷 3.其他扭傷或挫傷	1個月
(十二)腦性麻痺 cerebral palsy	依臨床實際需要
(十三)頭部外傷 head injury	6個月
1.下半身癱 2.四肢癱	12個月
(十四)脊髓灰質炎,小兒麻痺 poliomylits	依臨床實際需要
(十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺)Peripheral nerves injury	3個月
1.單一周圍神經(peroneal、ulnar、median、radial) 2.臂神經叢	6-9個月
(十六)其他神經疾病 other neurological disease	申報費用時附專案申請書
(十七)全人工膝(股)關節一換術後 total hip & knee	3個月
(十八)胸腔復健 chest rehabilitation	
1.胸腔手術前後 pre & post chest operation	3個月
2.慢性阻塞性肺疾病 COPD	3個月
(十九)其他 others	申報費用時附專案申請書

附表十六

物理治療綜合評估表

評估日期____年____月____日

（參考使用說明）　　□神經□骨科□心肺□小兒□其他　評估表試用版

<table>
<tr><th>項目號碼</th><th>項目名稱</th><th>無障礙請打勾</th><th>有障礙之簡單評估</th><th>有障礙需詳細評估（請附詳細評估紀錄）</th></tr>
<tr><td>1</td><td>警覺性、注意力、認知行為與配合度（COG__G）</td><td>□</td><td>□嗜睡，□混淆，□昏迷，
□對外界完全無反應，□失智症，□低智商，
□注意力不集中，□情緒障礙，
□無法表達自己之意見，
□無法了解簡單之指令，
□較缺乏主動參與治療的意願，
□其他</td><td>1A
1B</td></tr>
<tr><td>2</td><td>關節活動度(ROM_G)</td><td>□</td><td>□有輕微限制但無功能障礙
□明顯關節攣縮：
（關節活動度1.完全限制(0-20%)；2.很有限制(21-40%)；3.中等程度限制(41-70%)；4.有一點限制(71-90%)）
□全身關節，□左上肢，□左下肢
□右上肢，□右下肢，□頸椎，□腰椎
□其他</td><td>2A
2B
2C</td></tr>
<tr><td>3</td><td>肌肉力量、肌肉表現(MUSCLE_G)</td><td>□</td><td>□全身虛弱
□左上肢____級，□左下肢____級，
□右上肢____級，□右下肢____級，
□其他</td><td>3A、3B
3C、3D
3E、3F</td></tr>
<tr><td>4</td><td>感覺功能、疼痛(SEN_G)</td><td>□</td><td>□視覺障礙，□聽覺障礙，□前庭覺障礙，
□本體覺障礙，□觸覺障礙
疼痛部位：□左上肢，□左下肢，□右上肢，□右下肢，□頸部，□腰部，□胸部
其他異常：□左上肢，□左下肢，□右上肢，□右下肢，□臉，□口部</td><td>4A
4B</td></tr>
<tr><td>5</td><td>動作功能、平衡、姿勢與步態(MOTOR_G)</td><td>□</td><td>□床上活動困難
□轉位困難
□坐之功能異常
□站之功能異常
□走不穩
□上肢功能受限
□姿勢或動作型態異常</td><td>5A</td></tr>
</table>

			□其他	
6	運動能力、耐力(AERO_G)		□多半時間在床上	6A、6B
			□無法在自宅四周活動 □無法在社區活動 □其他	
7	維生系統、輔具與環境(Device)		‧備有輔具【寫1】；已有輔具，但使用不良【寫2】或需要輔具【寫3】 □單枴，□四腳拐，□四腳助行器， □有輪助行器，□特殊推車，□擺位輔具 □輪椅，□足踝裝具，□膝踝足裝具， □頸圈，□束腹或背架，□其他 ‧環境協助【請打✓】 □24小時需看護，□部份時間需看護， □出門困難， ‧其他用品【請打✓】 □氣切，□鼻胃管，□尿管，□尿布， □呼吸器，□使用氧氣 □其他請註明：	7A
8	專科特殊檢查(SPEC_G)	□	請註明：	

1A：意識、注意力、記憶、攻擊行為

1B：兒童認知發展測量工具

2A：主動(被動)關節活動度

2B：肌長度

2C：關節內動作(joint play)檢查

3A：徒手肌力測試

3B：臉部肌肉肌力

3C：阻力測試

3D：兒童肌力測試

3E：肌肉張力評估

3F：肌腱反射評估

4A：一般感覺功能評估

4B：疼痛評估

5A：功能評估

6A：實驗室檢查結果

6B：一般心肺功能評估

6C：藥物使用

6D：心肺疾患危險性評估

6E：簡易之肌耐力測試

6F：簡易有氧運動耐力測試

7A：輔具需求評估

附表詳見(P89至P155)：行政院衛生署八十八下半年及八十九年度委託研究計劃之〝物理治療前瞻支付制度規劃含（特約物理治療所）作業〞委託研究報告

物理治療目標設定與治療計畫擬定：（請勾選適當項目）

<table>
<tr><td>物理治療目標</td><td></td><td>物理治療計畫</td></tr>
<tr><td>家屬與病人期望：
◯減低依賴度
◯具生活自理之能力
◯減少併發症
◯能出門活動
◯能恢復上學、上班或持家等角色
◯其他</td><td>治療師預期達成目標：
◯減低依賴度
◯具生活自理之能力
◯減少併發症
◯能出門活動
◯能恢復上學、上班或持家等角色
◯其他</td><td>治療安排與項目：
・種類：□門診 □住院 □居家 □其他
・治療頻率：________次／每週
・每次治療時間：____________分鐘</td></tr>
<tr><td colspan="2">□促進病患之警覺性、注意力與認知能力
□促進關節活動度
□避免關節攣縮或變形
□增加肌肉伸展度(Muscle flexibility)
□促進肌肉力量及表現
□避免肌肉萎縮或肌力減退
□促進感覺功能
□教導適當處置方式以避免皮膚受傷害
□減輕疼痛
□增進下肢動作功能，包括：
□床上活動能力
□轉位能力
□平衡功能
□行走功能
□增進上肢動作功能及日常生活功能自理能力
□增進動作發展或正確動作模式
□促進有氧運動能力及耐力
□輔具評估及建議
□環境評估與促進環境整合、家屬教育等
□其他</td><td>□提供正向、積極的學習環境或刺激
□知覺認知訓練
□被動/主動輔助性/主動關節運動
□關節鬆動術(Joint mobilization technique)
□肌肉伸展運動/肌肉放鬆技巧
□肌力增強訓練
□電刺激
□感覺處理技術
□教導正確翻身/擺位技巧、自我皮膚檢查方法
□儀器治療
□教導日常生活正確姿勢與技巧
□床上活動訓練
□轉位訓練
□輪椅活動訓練
□坐姿/站姿姿勢矯正、靜/動態平衡訓練、坐⑤站訓練
□步態矯正、步行輔具行走訓練〈含平地、樓梯、斜坡、不平路面的訓練〉、步行速度訓練
□日常生活功能訓練，如：進食、梳洗、穿脫衣物、洗澡、如廁等
□發展增進技術
□誘發技術、反射抑制技術
□動作(再)學習技巧、工作取向訓練、運用正確生物力學原則
□動作協調訓練
□腳踏車、跑步機、上肢運動器訓練
□輔具處方及教導使用技巧
□居家環境評估、環境調整建議、居家治療計劃之擬定與訓練
□其他</td></tr>
</table>

附表十七

麻醉前評估

姓名＿＿＿＿＿□男□女　　病歷號碼＿＿＿＿＿年齡＿＿身份 □健保 □一般

科別＿＿＿＿＿床號＿＿＿＿手術名稱＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　手術日期＿＿年＿＿月＿＿日

病患自我評估	病患之基本資料
為了提供更安全舒適的手術麻醉，希望您能確實填寫，並請詳閱“麻醉同意書說明及注意事項”，如有其他問題，請在麻醉醫師術前評估時當面提出。 是 否 □ □1.是否曾經接受過任何麻醉(□全身麻醉□硬脊膜外麻醉□半身麻醉□其他) 2.是否曾患以下的疾病 □ □心臟病(如心絞痛、心衰竭、高血壓) □ □肝臟病(如肝炎、膽道結石等) □ □腎臟病(如腎炎、尿毒等) □ □血液病(如貧血、白血病等) □ □胸腔病(如結核、氣喘等) □ □糖尿病 □ □腦血管病變(中風) □ □惡性腫瘤 3.目前是否有使用下列藥物 □ □止痛劑(如阿斯匹靈) □ □抗凝血劑 □ □抗高血壓藥物 □ □利尿劑 □ □心臟病藥物(如救心等) □ □抗過敏或排斥藥物	1.E.K.G.： 2.X-ray： 3.生化檢查： 4.其他：
□ □類固醇藥物(包括中藥、黑藥丸等)	麻醉專科醫師綜合意見
□ □是否曾有藥物過敏狀況？ □ □4.你或你家人中是否曾有異常出血情形(如拔身後流血不止) □ □5.目前是否已懷孕。 □ □6.最近一週內有否感冒。 □ □7.身上有否任何人造物體(義眼、義肢、假牙：□固定　□活動) □ □8.是否有抽煙、嗜酒的情況？ □ □9.是否有患癲癇、中風昏眩等。 □ □10.是否有精神病史。 □ □11.是否有家族性高體溫。 □ □12.是否有其他疾病或身體不適需告知醫師，請說明＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　。	麻醉危險分級(ASA)□Ⅰ□Ⅱ□Ⅲ□Ⅳ□Ⅴ□Ⅵ 是否為急診手術□是□否 麻醉方式 □96004C 靜脈或肌肉麻醉 □96005C 硬脊膜外麻醉 □96007C 脊髓麻醉 □96011C 臂神經叢阻斷術(含 i.v.regional) □96013C 尾椎麻醉 □96017C 面罩式全身麻醉 □96020C 插管全身麻醉 麻醉醫師簽章： 麻醉專科醫師證號：麻專醫字第　　　　號

姓名 病歷號 科別 床號 ASA 1 2 3 4 5 6	SEX	HT	<<<<>>>>醫院麻醉醫療記錄		DATE OR( )
	AGE	WT.			PREVIOUS ANES HX Y/N
	NPO Y/N		ANESTHESIOLOGIST	RESIDENT	PRE-OP CONDITION
	A.B O AB RH +/-		SURGEON	ANESTHETIC NURSE	
PRE-OP DX			PROCEDURE		

ANES METHOD

INTUBATION
S. # C.X.A.B.F.
L. cm N.O.D.T.

PREMEDICATION

AGENTS
N2O
O2

FLUID

INDUCTION

EBL
URINE
SpO2
ETCO2
TIME

BP HR BT ANESX IN-/ Exiube ˆ/v OP BP / mmHg HR	℃	
	40	
	38	
	36	200
	34	
	32	
	30	150
		100
		50
/min	SPONT	
	ASSIT	
	CONTL	

MONITOR
ECG A-LINE
NIBP CVP
SpO2 PA Cath
ETCO2 EEG
TEMP TEE

TOTAL INTAKE

CRYSTALLOID cc
COLLOID cc
WHOLE BLOOD u
PACK RBC u
PLATELET u
FFP u

TOTAL OUTPUT

BLOOD LOSS cc
URINE cc
NG cc
OTHER

麻醉專科醫師簽章

REMARK
POSITION
TV/RR
PEAK AWY
CVP

PH
PO2
PCO2
BE
Na/K
Ca
Hct
SUGAR
COMMAND

本記錄經麻醉醫師學會認證合格印行

附表十八

全民健康保險特定疾病之住院基本要件(105/1/1)

中央健康保險局八十四年二月廿八日健保醫字第八四〇〇一五三八號公告

衛生福利部中央健康保險署104年6月26 日健保審字第1040035724號函令修正

序號	ICD-9-CM	（105.1.1生效） ICD-10-CM/PCS	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
01	466 485 465	J20-J21 J18 J06	急性支氣管炎 Acute Bronchitis 支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified 急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection	一、成人： 發燒超過三天以上 白血球＞10000(Seg>80％ or Ban>5％) 二、小兒： ①新生兒及早產兒間歇性發燒活動力欠佳，且白血球數約20,000以上或6,000以下 ②嬰幼兒間歇性發燒3天以上且活動力欠佳 ③反覆發燒、發冷合併呼吸急促或四肢發紫等，而查不出原因或有敗血症可能性者 ④發燒及中性白血球數降到1,000/mm，或血小板70,000/mm以下，或有其他免疫障礙 ⑤併發痙攣或意識不正常，但未能證實有中樞神經系統感染者 ⑥營養不良，癌症或其他嚴重慢性病者
	493	J45	氣喘Astahma	一、急性發作： ①嘴唇及指趾發紫 ②精神或意識障礙 ③肺功能降低至原最佳數值之70％以下 ④動脈血氧在70 Torr以下，二氧化碳在40 Torr以上 ⑤呼吸困難，對氣管擴張劑或藥物治療之反應不佳者或有氣喘重積狀態 ⑥併發高燒查不出原因者 ⑦併發肺炎 二、慢性發作 ①藥物治療仍無法讓病人進行日常生活 ②日夜肺功能之相差在30％以上 ③有嚴重之先天性心臟病、風濕性心臟病、或慢性肺病者 ④營養不良或其他嚴重慢性病者
	491	J41-J42 J44	慢性支氣管炎 Chronic Bronchitis	①有呼吸困難、或意識不清現象 ②有缺氧(PaO_2<60)、或呼吸次數>30次/min ③併發細菌感染者
02	592	N20 N22	腎結石　Renal Satone 輸尿管結石Ureter Stone (include stone street	①合併阻塞性腎病變（腎水腫或腎臟功能減退或電解質異常） ②合併有感染

<table>
<tr><th>序號</th><th>ICD-9-CM</th><th>（105.1.1生效）
ICD-10-CM/PCS</th><th>主要診斷疾病名稱</th><th>基本住院要件(符合其中之一)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>after ESWL)</td><td>③合併有頑固性疼痛
④腎結石如無水腫
a.結石大小直徑大於等於0.5cm
b.結石小於0.5cm，但位置、型態於三個月內不可能排出
⑤輸尿管結石如無水腫：
無論結石大小，在四週內於遠端輸尿管無結石移動跡象</td></tr>
<tr><td>03</td><td>531
532
533
535</td><td>K25
K26
K27
K29</td><td>胃潰瘍 Gastric Ulcer
十二指腸潰瘍 Duodenal Ulcer
消化性潰瘍 Peptic Ulcer
胃炎及十二指腸炎 Gastritis and Duodenitis</td><td>①發生出血或穿孔
②發生腸阻塞現象
③診斷有惡性傾向者：
＊經內科適當治療八至十二週後，未能癒合之消化性潰瘍
＊經放射線學或內視鏡檢查後發現消化性潰瘍有下列病徵者：
a.潰瘍週圍之粘膜襞形成結節狀、杵狀、融合、突然中斷。
b.潰瘍邊緣隆起、增厚、不規則或形成腫瘤。
c.經組織細胞學診斷為胃粘膜異常發生或疑有惡性細胞者。
④潰瘍頑固疼痛無法進食者
⑤潰瘍急性發作時持續嘔吐無法進食者</td></tr>
<tr><td>04</td><td>571</td><td>K70
K73
K74
K75.4
K75.81
K76.0
K76.89
K76.9</td><td>肝硬化 Liver Cirrhosis
肝炎 Hepatitis</td><td>①急性肝炎發作SGPT>300以上，或 Bilirubin >3以上
②發生肝昏迷、或肝腎衰竭、或低血糖、或腹水現象
③有出血或其他併發症者
④須作特殊治療或檢查者</td></tr>
<tr><td>05</td><td>386</td><td>H81-H83</td><td>暈眩症
Vertiginous syndromes and other
Disease of Vestibular system</td><td>①眩暈發作致行動不便或併持續性嘔吐而無法進食或併急性聽力喪失
②明顯自發眼振或兩側性注射眼振
③神經耳科學檢查出現耳神經病變者
④需實施外科手術治療者</td></tr>
<tr><td>06</td><td>583</td><td>N05-N07
N14-N16</td><td>腎炎及腎病變
Nephritis and Nephropathy</td><td>①有血尿、或蛋白尿，須作特殊檢查者
②有水腫對治療反應不佳、或有電解質異常、或酸鹼度不平衡須接受治療者
③其他腎功能不全傾向者或迅速惡化者</td></tr>
<tr><td>07</td><td>595
597
599.0</td><td>N30
N34
N39.0</td><td>尿路感染 U.T.I：
膀胱炎　Cystitis
尿道炎　Urethritis
尿道感染</td><td>①有發燒及頻尿經藥物治療三日以上仍未改善者
②有菌血症傾向
③經常復發或有其他併發症或疑有先天性異常須住院檢查者</td></tr>
<tr><td>08</td><td>401
402</td><td>I10
I11</td><td>自發性高血壓
Essential Hypertension
高血壓性心臟病
Hypertensive Heart</td><td>①高血壓危機(Hypertensive crisis)
②併有心臟衰竭、或腎功能不全者
③懷疑2°高血壓</td></tr>
</table>

序號	ICD-9-CM	（105.1.1生效） ICD-10-CM/PCS	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
			Disease	
09	850 854 873	S06.0 S06.1-S06.3 S06.8-S06.9 S01.0 S01.2 S01.4-S01.9 S03.2 S08.0 S08.8 S09.12 S09.8-S09.90 S09.93 （前述第7位碼皆須為"A"） S02.5(第7位碼皆須為"A、B"）	腦震盪 Concussion 顱內損傷 Intracranial Injury 無合併症之頭蓋傷 Other Open Wound of Head	頭部外傷住院要件： ①Glasgow Coma Scale低於十三分（含）以下者 ②理學檢查X光檢查發現顱骨骨折者 ③電腦斷層等檢查發現顱內病變者 ④65歲以上或6歲以下，並有嚴重頭痛與嘔吐者 ⑤外傷後曾經有過記憶喪失或意識障礙者 ⑥外傷後曾經有過神經系統障礙如失語症、運動或知覺障礙者 ⑦外傷後曾發生癲癇症狀者 ⑧有頭部硬直或腦膜刺激症狀者
10	922	S20.0 S20.2 S30.0-S30.3 （前述第7位碼皆須為"A"）	軀幹挫傷 Contusion of Trunk	①淤傷面積大於10×5公分者 ②產生Rhabd omyolysis者 懷疑合併腹膜炎、腹內出血者
	891	S81.0-S81.8 S86.0-S86.9 S86.02 S86.12 S86.22 S86.32 S86.82 S86.92 S91.0 S96.02 S96.12 S96.22 S96.82 S96.92 （前述第7位碼皆須為"A"）	膝、腿（大腿除外）及踝之外傷 Open Wound of knee, Leg (except Thigh) and Ankle	①傷口長度大於10公分或深度大於2公分 ②產生Avulsion Flap、或Tendon Rupture、或Hemoarthrosis者 ③合併有神經或血管損傷或骨折者 ④為動物咬傷引起全身性不良反應者 ⑤大於65歲，傷口大於5公分者 ⑥病人凝血因素異常者 ⑦受傷過程曾因失血過多產生休克或昏厥者 ⑧病患合併有心、肺、肝、腎功能不全者

附表十九　　(97/5/1)

肝庇護劑審查注意事項

A. GOT、GPT 正常，不得使用肝庇護劑

B. GOT、GPT＞正常2倍時，不論 HBV or HCV（＋）或（－）皆可使用

C. GOT GPT 異常但＜正常2倍時，須加上 HBV or HCV 陽性

D. 須檢附三個月內之檢驗報告。

E. 1倍或2倍係指大於或等於檢驗值上限者為1倍；大於或等於檢驗值上限二倍者即為2倍。

附表二十　刪除(102/3/1)

附表二十一

高血脂症用藥指引　刪除(99/4/1)

附表二十二　刪除(99/7/1)

附表二十三

(97/5/1)

全民健康保險西醫基層總額降尿酸藥物使用建議表

	血中尿酸值		給付規定
	起步治療標準	治療目標	
無痛風相關病症發作史者	≧9.0mg/dl	≦7.0mg/dl	若接受藥物治療後，建議每三個月抽血檢查一次，已達治療目標建議停藥，3至6個月後再抽血評估。(106/1/1)
曾經有過痛風相關病史者	≧正常值	≦5 mg/dl	若接受藥物治療後，建議每六個月抽血檢查一次，若半年內無痛風相關症狀發作且血中尿酸值達治療目標以下（≦5 mg/dl），建議減量給藥。

第三部
牙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10日健保審字第0930068680號函公告修正
中央健康保險局93年10月8日健保審字第0930019269號函公告修正
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號函令修正
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96年3月12日健保審字第0960062072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97年7月18日健保審字第0970012454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6月18日健保審字第0980095034號函令修
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2月25日健保審字第0990074102號函令修正
中央健康保險局99年5月31日健保審字第0990051357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3月29日健保審字第1000075057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1月6日健保審字第1010074718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7月3日健保審字第1030035693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104年8月21日健保審字第1040036082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12月25日健保審字第1060036476號函令
衛生福利部中央健康保險署107年2月2日健保審字第1070034803號函令
衛生福利部中央健康保險署108年1月21日健保審字第1080034719號函令
衛生福利部中央健康保險署109年2月4日健保審字第1090034758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

壹、一般原則：(101/2/1)

一、刪除(100/11/1)

二、牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。(99/4/1)(100/5/1)

英文名稱	英文縮寫	英文名稱	英文縮寫
Amalgam Filling	AF or AMF	Lower Right	LR
Buccal	B	Mesial	M
Block Anesthesia	B.ANES	Myofascial Pain Dysfunction Syndrome	MPDS
Camphorated Monochloro Phenol	CMCP	Normal Saline	N.S.
Camphorated Parachlorophenol	CPC	Occlusal	O
Cervical	C	Occlusal Adjustment	Occ.adj

Composite Resin Filling	CRF	Operative Dentistry	OD
Distal	D	Oral Hygiene Instruction	OHI
Endodontic Treatment	ENDO Tx	Oral Surgery	O.S.
Extraction	EXT	Palatal	P
Facial Buccal	F&B	Periodontal	Perio
Formalin Cresol	FC	Rubber Dam	RD
Full Mouth	FM	Residual Root/Retained Root	R.R.
Glass Ionomer Cement Filling	GIF	Root Canal Enlargement	RCE
Gutta Percha	GP	Root Canal Filling	RCF
Gutta-Percha Point	G-P POINT	Root Canal Treatment	RCT
Incisal edge	I	Temporo-Mandibular Joint	TMJ
Incision & Drainage	I&D	TMJ and Muscle disorder	TMD
Labial /Facial	F	Upper Anterior	UA
Lingual	L	Upper Left	UL
Local Anesthesia	L.ANES	Upper Bilateral	UB
Lower Anterior	LA	Upper Right	UR
Lower Left	LL	Working Length	WL
Lower Bilateral	LB		

三、刪除(100/11/1)

四、刪除(100/11/1)

五、當次健保卡序號，應記載於病歷當次日期欄內。

六、診療記錄應由醫師親自記載，並簽名或蓋章。

七、刪除(100/11/1)

八、刪除(100/11/1)

九、為提昇審查效率，檢附之X光片，應每張分開以透明X光片袋裝妥，一袋一片浮貼於病歷影本或處方明細表上，且X光片袋上勿貼有礙檢視之標籤。(100/5/1)

十、X光片應沖洗清晰可辨，並有可辨上、下、左、右，正反面之記號（實體X光片以凹凸點為標註方式，凸點為正面）。數位X光機所列印之膠片或相片紙尺寸大小應與一般相關X光片相符。若經兩位以上審查醫藥專家會審確認仍無法判讀者，視同無檢附X光片，其相關費用應予核

減。若重覆補照X光片時，申復時應補上原送核之X光片，連同初審作比對。如係以數位化X光影像上傳作業之案件，申復時得附實體膠片或其影像檔（需經由醫療影像傳輸系統原始上傳路徑）。非處置當日X光片或其影像檔，舉證時，須記載拍攝日期。

(99/4/1)(100/1/1)(100/5/1)（101/2/1）（102/3/1）（105/9/1）

十一、送審時檢附之照片（規格需為3×5吋以上，彩色），應每張分開浮貼於病歷影本或處方明細表上；照片應清晰標示姓名且足以辨識上下左右、舉證之牙位及鄰接牙；若經兩位以上審查醫藥專家會審確認仍無法判讀者，視同無檢附照片，其相關費用應予核減。若重複補拍照片時，申復時應補上原送核之照片，連同初審作比對。如係以數位化影像上傳作業之案件，申復時得附實體照片或其影像檔（需經由醫療影像傳輸系統原始上傳路徑）。照片之保存期限，依據醫療法之規定執行（病歷至少須保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其法定成年後七年）。(99/4/1)（101/2/1)(102/3/1)（105/9/1）

十二、跨表申報應事先報准，否則不予給付。

十三、下列處置非屬健保醫療給付範圍：(參見全民健康保險法)。

(一)非外傷性齒列矯正。

(二)成藥及醫師指示用藥。(目前已給付之醫師指示用藥除外)

(三)病人交通、掛號、證明文件。

(四)義齒：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙……。

(五)預防保健：塗氟、潔牙訓練、溝隙封閉劑……。(特定對象除外)

(六)經主管機關公告不給付之診療服務、藥品及政府負擔之醫療服務項

目。(107/2/1)

十四、刪除(100/11/1)

十五、處置項目及內容，應以文字記載，勿僅以代碼記載。另緊急處理項目應記載如何處理，如：91001C 牙周病緊急處置、90004C 齒內治療緊急處理及92001C 手術後治療均應以文字註明處置之方式。

十六、刪除(100/11/1)

十七（原四十三)、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）。(98/3/1)

十八（原四十四)、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)

十九（原四十五)、 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。(98/3/1)

二十（原四十七)刪除(100/11/1)

廿一、病患主訴口乾症或經由醫師臨床判斷唾液過少，有口腔乾燥的徵兆，申報91005C「口乾症牙結石清除-全口」、92072C「口乾症塗氟」時，應於病歷詳載以下狀況，或檢附相關佐證資料（如重大傷病證明、用藥紀錄、相關檢查、檢驗報告、化療或放療紀錄等；常見引起口乾藥物如附表1、口乾症鑑別檢查如附表2），治療後提供病患口乾

症狀衛教資訊，並請病患簽名確認後隨病歷留存以供審查。(104/1/1)(108/3/1)

(一)系統性自體免疫疾病:如修格蘭氏症候群、硬皮症。(104/1/1)

(二)頭頸部癌放射線治療之患者。(104/1/1)

(三)檢附沒有刺激下全口唾液分泌率之數值。受試前1小時內禁飲食反吹咽，讓病人滴口水至試管中(早晨起床後馬上測量最好)若15分鐘內<1.5cc，則為口乾。(104/1/1)

(四)經醫師判斷臨床口腔乾燥的徵兆包括其中3項(含)以上者：

1. 口鏡容易黏附到頰黏膜或舌頭。
2. 唾液呈現泡沫狀。
3. 口底沒有唾液匯集。
4. 舌背乳頭的喪失。
5. 光滑或改變的牙齦結構。
6. 口腔黏膜外觀光亮，尤其是在上顎。
7. 分葉狀或較深的舌頭皺摺。
8. 上顎有黏膜碎屑 (mucosal debris)，但戴活動假牙者除外。

貳、初診、X 光：(101/2/1)

一 (原四十一)、初診診察01271C～01273C：(99/4/1) (102/3/1)

(一)全口無牙或殘存牙齒少於8顆之病患不得申報01271C、01272C 及01273C。

(二)初診診察記錄視同病歷首頁，應於每次抽審時附上最近一次(一年內)之初診記錄及相關 X 光片，如為連續抽審案件應載明於醫令清

單上。(99/7/1)(101/2/1)

(三)初診診察記錄內容需載明基本牙周狀況評估分為：

1.健康 2.牙齦炎 3.牙周炎。

二 (原二十四)、

(一)若病人情況特殊「如過動兒（須檢附醫院診斷證明）、心智障礙病患（須檢附殘障手冊或精神科診斷證明）等有相關證明者」施行X光攝影有困難，得於病歷上詳細記載，方免附X光片而予以個案方式審查。(104/1/1)

(二)懷孕婦女（須病歷載明及病患簽名）、巡迴醫療區執行醫療服務無X光設備者，其根管治療得準用前項（免附X光片）之規定。(103/6/1)(103/8/1)(109/3/1)

三、齒顎全景X光片**攝**影(34004C)審查原則：(107/2/1)

(一)因張口困難無法放置口內X光片，病歷應記載最大張口幅度。

(二)對口內片過敏。

(三)口內片難以放置適當位置。

(四)齒顎全景 X 光片攝影檢查之選擇應用，須在公認有明顯優於其他口內 X 光片檢查，或其他檢查無法提供足夠資料以輔助臨床診斷或治療時，方可申報。

參、牙體復形：(101/2/1)

一 (原十七)、牙體復形(O.D.)：除牙位外，應詳載補牙部位窩洞位置及所使用材質。(請勿使用商品名稱)。

二(原十八)、齒頸部磨耗充填限以單面申報。(101/2/1)

三（原十九）、

（一）後牙若同顆牙牙冠同時併有多面蛀牙，應於當次復形完成後，並以全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表內牙體復形最高面數目申報。(101/2/1)(102/3/1)

(二)刪除。(101/2/1)

(三)同顆牙牙冠使用兩種以上不同復形材質，應擇一材質處置項目申報，申報面數以申報材質處置的執行面數為限。(107/2/1)(108/3/1)

肆、根管治療：(101/2/1)

一（原二十）、根管治療（ENDO）：90001C～90003C、90019C、90020C 應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度（包含數字與單位 mm），擴大號數（ISO instruments 經由 ADA 與 ISO 認定的標準尺寸大小）、充填材料…等。根管難症處理，應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後X光片舉證，病歷應詳載X光片診斷或發現。個別根管若根管鈣化，未作 RCF 且未申報費用，不需記載操作長度及擴大號數。(97/5/1)(97/9/1)(100/5/1)

二（原二十一）、恆牙根管治療完成充填之界定：(101/2/1)

(一)根管操作長度以根管開口參考點至根尖之長度計算之。但根管根尖須充填5mm 才達緻密。

(二)單一根管：其充填須緻密達根管內距根尖2mm，若有明顯無法克服之情況，如：根管阻塞、鈣化，極度彎曲或存在器械斷折等，需充填超過二分之一才予給付。(99/4/1)(102/3/1)

(三)多根管：後牙以超過三分之二才予給付。若有明顯無法克服之情況，如：根管阻塞、鈣化，極度彎曲或存在器械斷折等，需充填超過二分之一才予給付。(102/3/1)

(四)恆牙根管治療須以不可吸收之材料充填，但不得使用銀針、銀針混合牙膠針、或單獨使用根管充填劑及其他不宜做根管充填之材料。(101/2/1)

三 (原二十五)、乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後 X 光片。根管充填須達根尖二分之一，並以可吸收之材料充填，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以90016C 申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上（殘存牙根長度在3mm 以內者)，不得申報乳牙根管治療。(99/4/1)(101/2/1)

四（原二十二）、拆除支台齒上之牙冠（以實際拆除支台齒上之牙冠數給付）或作橋體切斷術（橋體切斷視為 90007C×1給付)，應於病歷上詳實記明，並檢附術前、後X光片或相片（X光片或相片費用內含）申報之，若比例太高時，則實地訪查。(99/4/1)

五（原二十三）、根管治療申報橡皮障防濕裝置（90012C），需至少檢附**一次**X光片或相片上可證實有使用橡皮障防濕裝置（亦即牙齒上夾有clamp 時）。同一療程可按實際執行次數申報，病歷應詳實記載，並於每次執行時申報。(99/4/1)(101/2/1)(104/1/1)

六（原二十六)、根管治療後，若因根尖膿腫而需重新再作者，以病歷記載之病情與重作根管治療前之診斷X光片為審查依據，經二位審查醫藥專家認定已不適合施行根管治療者，不得以根管治療申報。(102/3/1)

七(原三十九)、（一）Gutta percha points 充填若超出X光影像所示牙根

之根尖2mm以上，屬於缺乏積極療效之判定，不予以給付根管充填費用。(102/3/1)

（二）若 Gutta percha points overfilling 有前項(一)之情況時，該牙申報二根根管治療或三根根管治療，應可考慮作部份核減及多根管治療時核減該 Over filling 之根管充填費用。

（三）Over filling 合併手術治療時，同一院所者視為同一療程，則合併申報時不刪減之；若 GP over filling 後有轉診計畫作手術時應詳載於病歷上並檢附轉診單影本，可不予以刪除。(98/3/1)

伍、牙周病：(101/2/1)

一 （原二十七）、全口牙結石清除、齒齦下刮除術 (91006C-91008C、P4002C)後，以觀察一個月為原則；視病情需要可做牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)。(98/3/1)(105/9/1)

二（原二十八）、全口牙結石清除及齒齦下刮除術不得再申報術後處理費。

三 （原二十九）、為執行牙齦切除術 (91011C- 91012C)原則上應於牙結石清除觀察一個月後，或視病情需要方得申報，惟須詳細記載病歷（包括適應症狀、診斷及手術過程）備查。

四（原四十）、若發現91003C、91004C 申報異常，得請院所檢附相片或 X 光片以為審核（相片或 X 光片費用已內含）。(99/4/1)(101/2/1)

五（原四十八）、主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效：在進行牙周病緊急處置（91001C）以外之牙周病處置

後，若欲再作進一步治療，除特定牙周保存治療（91015C、91016C）及牙周病支持性治療（91018C）外，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過六個月。(100/5/1)(104/10/1)

六、申報「牙周病統合治療第一階段支付（91021C）」項目。審查案件須檢送以下審查資料：(108/3/1)(109/3/1)

(一)病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。

(二)治療前全口X光片(足以辨識骨頭高度bone level之X光片)。

(三)治療前牙周病檢查紀錄表。

七、申報「牙周病統合治療第二階段支付（91022C）」項目。審查案件除檢附第一階段審查資料外，另須檢送治療前牙菌斑控制紀錄表及病歷。（如為連續抽審案件，醫事機構應載明於醫令清單上，得免附X光片）(108/3/1)（109/3/1）

八、申報「牙周病統合治療第三階段支付（91023C）」項目。審查案件除檢附第一及第二階段(91021C+91022C)審查資料外，另須檢送治療後牙周病檢查記錄表、牙菌斑控制紀錄表及病歷。（如為連續抽審案件，醫事機構應載明於醫令清單上，得免附X光片）（108/3/1）（109/3/1）

九、申報「牙周病統合治療」專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，該醫師一年內執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無明顯骨缺損破壞患者…等)。(108/3/1)（109/3/1）

陸、口腔外科：(101/2/1)

一（原三十)、對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療，排除切片或手術切除送檢後一律以92001C或92066C給付。申報92066C嚴重口腔潰

瘍病歷應記載病灶之數量與範圍，三天內視為同一療程，92001C 三十天內限申報二次。(99/4/1)(100/5/1)

二（原三十一)、單純牙齒鬆動可申報92002C，拆除可申報92001C。牙齒和齒槽骨或顎骨鬆動，可申報92007B 或92008B，拆除可申報92006C。(99/4/1)

三（原三十二)、專案申報切開排膿(92003C-92004C)，同一區域當月份給付一次，如有感染及發炎特別嚴重者不在此限。病歷應詳實記載備查。

四（原三十三)、同一部位或相鄰三顆牙切開排膿後之傷口檢查及治療以一次為限，如有感染及發炎特別嚴重者不在此限。病歷應詳實記載備查。

五(原三十四)、拔牙後單純傷口處置(92001C 非特定局部治療)及拆線(92005C)為同一療程。(107/2/1)

三十五、刪除(101/2/1)

六（原三十六)、阻生牙、埋伏齒，簡單者可申報92015C，埋伏齒之牙根明顯彎曲、水平智齒、牙冠部被骨頭包埋三分之二或其他複雜情況者，得申報92016C（以上均須附載有手術記錄之病歷備查)，依臨床指引之圖譜申報。

七（原三十七)、拔牙若與齒槽骨成形術(92041C)和牙齦切除術(91011C)同時申報時，則92041C 按支付點數之一半給付，而91011C 不予給付。

八（原三十八)、施行「CO2雷射切除軟組織」以不易傳統手術為之者為限，病歷應詳實記載備查。以超音波治療 TMJ 則不予給付。(98/3/1)

九（原四十二)、申報癌前病變軟組織切片（92067B）應具體描述病灶的表徵。(99/4/1)

十（原四十六)、因拔牙後引起牙齒移位，申報牙位之認定及支付原則如下：(107/2/1)

（一）自家院所因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，一律不支付。

（二）若係因他家院所拔牙，或申復時，申報拔牙案件與後續相關處置檢附X光片、照片作具體舉證者，則由專業審查個案認定。(99/1/1)

十一、申報92073C(口腔黏膜難症特別處置)須經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者。(107/2/1)

例如：口腔黏膜下層纖維化症(Oral submucous fibrosis)導致反覆性潰瘍、口腔黏膜類天疱瘡(Oral Pemphigoid)、口腔扁平苔蘚(Oral Lichen Planus)、紅斑性狼瘡(Lupus erythematosis)、念珠菌口炎(Oral Candidiasis)、類扁平苔癬病灶 (Lichenoid lesion)，全身性疾病導致之口腔潰瘍或疼痛等。

十二、執行92099B(單側顳顎關節障礙乾針治療)需於病歷記載施針部位。（109/3/1）

表1 引起口乾的常見藥物

類型	藥物
抗膽鹼	dicyclomine, mepenzolate, oxybutynin
抗組織胺	diphenhydramine , chlorpheniramine ,loratadine, astemizole
鎮暈止吐	meclizine, buclizine, scopolamine
鎮靜抗焦慮	triazolam, alprazolam, lorazepam, diazepam
抗帕金森氏症	levodopa, selegiline, trihexyphenidyl,biperiden
抗癲癇	carbamazepine, topiramate, gabapentin
抗精神病	chlorpromazine, haloperidol, olanzapine,clozapine
抗憂鬱	imipramine, sertraline, venlafaxine ,bupropion
麻醉止痛	codeine, meperidine, morphine
消炎解熱	ibuprofen, naproxen, piroxicam
肌肉鬆弛	cyclobenzaprine, baclofen, tizanidine
氣管擴張	ipratropium, albuterol, metaproterenol
降血壓	captopril, clonidine, methyldopa, prazosin
利尿	spironolactone, chlorothiazide, furosemide
其他	pseudoephedrine, sibutramine, isotretinoi

表2 長期口乾症的檢查及鑑別診斷

1. 血液檢查	說明
血紅素	在貧血或慢性疾病(例如 SS 等)患者裡可以發現降低
平均血球容積(MCV)/維生素 B12	在某些自體免疫性疾病患者裡可以發現惡性貧血(MCV↑/維生素 B12↓)
白血球數目和分類	在 SLE、原發性 SS、傳染疾病或血液淋巴狀系統腫瘤患者裡可以發現異常
血小板	在 HIV、原發性 SS 或 SLE 患者裡可以發現血小板減少症 (thrombocytopenia)
紅血球沉降速度(ESR)	經常升高，非特異性的表現
2. 血清生化檢查	說明
蛋白質	血清總蛋白質濃度↑或血清白蛋白濃度↓，可以安排檢查血清蛋白質電泳分析(serum protein electrophoresis)。SS 患者常可以發現 polyclonal gammopathy，在一些罹患淋巴瘤的 SS 患者裡可以發現過去 polyclonal gammopathy 的消失，和發現 monoclonal gammopathy 的出現
血糖	高或低血糖異常時，可能罹患糖尿病或相關的疾病
轉胺酶(serum transaminases)	在慢性肝炎患者可以升高。在5-10%的 SS 患者裡可以發現輕度升高
鉀	在有或無腎小管酸血症的 SS 患者裡可以有低血鉀
血管收縮素轉化酶 (angiotensinconverting enzyme,ACE)	在類肉瘤病(sarcoidosis)患者裡常常升高很多
3. 免疫檢查	說明

類風濕因子(rheumatoid factor)	在類風濕性關節炎、SS 和 SLE 患者裡可以呈現陽性反應
抗細胞核抗體(ANA)	在 SS 和 SLE 患者裡可以呈現陽性反應
anti-dsDNA	在 SLE 患者裡可以呈現陽性反應
anti-Scl 70	在硬皮病(scleroderma)患者裡可以呈現陽性反應
anti-Ro(SSA)和 anti-La(SSB)	在75%原發性 SS 和15%次發性 SS 患者裡可以呈現抗 anti-Ro(SSA)陽性反應。在40-50%原發性 SS 和15%次發性 SS 患者裡可以呈現 anti-La(SSB)陽性反應
anti-phospholipid	在 SLE 或原發性 SS 患者裡可以呈現狼瘡抗凝血因子(lupus anticoagulant)陽性反應
甲狀腺自體抗體	在一些研究中，SS 患者自體免疫性甲狀腺疾病併甲狀腺機能低下的機率增加(大約10-15%)
4. 唾液腺影像學檢查	說明
唾液腺攝影(sialography)	檢查唾液腺體的管腔與構造，對 SS 和唾液腺結石、阻塞或發育不全等的診斷有幫助
唾液腺核醫掃瞄(sialoscintigraphy)	檢查唾液腺功能和位置的工具
超音波(ultrasound)、電腦斷層掃瞄(CT)或核磁共振掃瞄(MRI)	檢查唾液腺實質和管腔的結構，對惡性疾病、SS、HIV 和 HCV 有相關性的唾液腺疾病的診斷有幫助
鎵同位素核醫掃描 (gallium scan)	對澱粉樣變性病(amyloidosis)的診斷有幫助
5.其他檢查	說明
唾液腺切片組織病理學檢查	對ＳＳ、ＨＩＶ、ＨＣＶ、淋巴瘤、類肉瘤病、澱粉樣變性病或血色沈著病(hemochromatosis)等的診斷有幫助
唾液流速檢查(sialometry)	客觀評估唾液流速減少程度的工具，可以確診口乾症，但對鑑別診斷沒有幫助
唾液化學檢查(sialochemistry)	SS 患者唾液的鈉離子、氯離子、乳鐵蛋白和免疫球蛋白 A 可以升高，但是對口乾症的確診沒有幫助
淚液分泌試驗(Schirmer's test)或角膜結膜染色試驗	評估乾眼症，對 SS 的診斷有幫助

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
*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

一、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、斜視、老花、散光、白髮、近視、非病態減肥、開放性骨折之整復、三伏貼、針刀、穴位埋線等不得申報。（98/10/1）（109/3/1）

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）「傷科脫臼整復治療第一次療程第一次就醫以脫臼整復費－同療程第一次就醫（B61）申報，同療程2-6次以脫臼整復費－同療程複診，另開內服藥（B62）或脫臼整復費－同療程複診，未開內服藥（B63）申報，第二療程起按一般傷科給付(傷科治療處置費－未開內服藥（B54）或傷科治療處置費－另開內服藥（B53）)申報。

十七、診斷病名為扭傷或挫傷時，未於病歷上載明病人主訴之發生時間及原因者，應加強審查。

十八、慢性病開藥七天以下或開藥加針灸或傷科治療，比例過高者應加強審查。

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)