

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09600062072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
衛生福利部中央健康保險署110年5月14日健保審字第1100034925號函令
衛生福利部中央健康保險署111年5月2日健保審字第1110670081號函令
衛生福利部中央健康保險署111年7月15日健保審字第1110671076號函令
衛生福利部中央健康保險署112年2月17日健保審字第1120670210號函令
衛生福利部中央健康保險署112年10月30日健保審字第1120672686號函令
衛生福利部中央健康保險署113年12月20日健保審字第1130673360號函令
衛生福利部中央健康保險署114年4月22日健保審字第1140670703號函令
衛生福利部中央健康保險署114年11月11日健保審字第1140671933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, cephadrine, cephaloridine, cephapirin。

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

丙、Cephamicin 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

骨質疏鬆症治療藥物審查原則：(114/2/1)

(1)刪除(114/12/1)

(2)若使用於骨質疏鬆症或骨質疏少症合併骨折，需於病歷上載明第幾節脊椎或哪一側髖部骨折。(106/12/1) (114/2/1) (114/12/1)

(3)如因無法耐受抗骨質吸收劑副作用，而使用 Parathyroid

hormones or analogues(副甲狀腺素或類似劑)或 Romosozumab，需於病歷載明。(114/2/1)

(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)血中腦利鈉勝(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)。

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
	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	<p>1.病情穩定之情況：</p> <p>(1)有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使 用呼吸器者。</p> <p>(2)神智恢復或已穩定。</p> <p>(3)無嚴重之新陳代謝異常。</p> <p>(4)無異常出血。</p> <p>(5)使用藥物不需特別持續監測。</p> <p>2.病情穩定不需全天候使用特殊生理 監測器者。</p>
4.合併症已穩定控制者	<p>1.病情穩定之情況：</p> <p>(1)有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使 用呼吸器。</p> <p>(2)神智恢復或已穩定。</p>

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
	<p>(3)無嚴重之新陳代謝異常。</p> <p>(4)無異常出血。</p> <p>(5)使用藥物不需特別持續監測。</p> <p>2.病情穩定不需全天候使用特殊生理監測器者。</p>
5.已脫離急性期不需加護醫療照護者	<p>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。</p> <p>2.病情穩定改善：</p> <p>(1)有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使用呼吸器。</p> <p>(2)神智恢復或已穩定。</p> <p>(3)無嚴重之新陳代謝異常。</p> <p>(4)無異常出血。</p> <p>(5)使用藥物不需特別持續監測。</p> <p>3.加強醫療獲益不大：</p> <p>(1)有多重器官衰竭現象，經積極治療</p>

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
	<p>後仍無改善者。</p> <p>(2)腦中樞神經病變，神智無法改善之病患。</p> <p>(3)癌症末期之患者。</p> <p>(4)慢性器官衰竭已達末期，經積極治療無法改善其預後者。</p> <p>(5)猝死經急救後仍有缺氧性腦病變者。</p>
6.家屬要求自動出院者	<p>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。</p> <p>前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。</p> <p>註：有違反兒童及少年福利法之虞者不在此限。</p>

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
其他建議	<ol style="list-style-type: none"> 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、幻燈片等)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)(111/5/2)

1. 依腫瘤大小支付者，病歷應檢附術前有量尺比對的照片。
2. 病理報告除描述手術切塊大小外，應註明腫瘤實際大小。

(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使用對象條件者，無須進行快篩，即可視病患狀況與依藥劑仿單說明及其專業判斷，開立適當之藥劑。若需進行快篩，請於病歷紀載必要之理由(請參考「季節性流感防治工作手冊」及「公費流感抗病毒藥劑使用對象」)。(110/6/1)
2. 刪除(110/6/1)
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)四肢超音波檢查(19016C)審查原則：(109/5/1)(110/6/1)

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：(110/6/1)

甲、深部的腫瘤：宜以 CT 或 MRI 檢查為主，若特殊狀況確有檢查必要者，應於病歷記載。

乙、表淺的腫瘤：以不容易診斷，必需經超音波鑑別診斷者為限(典型的 Ganglion、Lipoma、Epidermoid cyst、Baker cyst 等目視加觸診就能判斷的表淺腫瘤，無須申報)。

(3)四肢異物：以病史及理學檢查為主，若特殊狀況確有檢查必要者，應於病歷記載。(110/6/1)

(4)肌肉、肌腱、韌帶之疾病：限肌肉、肌腱、韌帶斷裂或撕裂，或軟組織有明顯積液，需進一步處理時才可申報(鈣化性肌腱炎若 X 光可診斷，則無須同時申報超音波檢查)。(110/6/1)

(5)骨骼之疾病：以 X 光檢查為主，若特殊狀況確有檢查必要者，應於病歷記載。(110/6/1)

(6)關節之疾病：以理學檢查為主，若特殊狀況確有檢查必要者，如6個月內小孩懷疑髖關節發育不良(DDH)，應於病歷記載，但不宜做為常規性篩檢。(110/6/1)

(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)注射及震波治療，不得申報19016C。(110/6/1)

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)抽審時應檢附清晰可判讀之超音波影像圖正本(內含病人 ID 及檢驗日期)，且有完整 finding 的描述和相關診斷之報告。(110/6/1)

4. 檢查頻率：

- (1)急性病變以檢查1次為原則。
- (2)同部位四肢超音波(19016C)檢查6個月內限申報1次為原則，且不宜同時申報X-光檢查，如需增加檢查頻率，應檢附相關資料佐證。
- (110/6/1)
- (三十四)免疫球蛋白E(IgE)(12031C)、過敏原定性檢驗(30021C)及特異過敏原免疫檢驗(30022C)審查原則：(109/5/1)(111/5/2)

1. 申報 IgE 檢驗或過敏原定性檢驗(30021C)，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。
2. 刪除(114/12/1)
3. 以下案件應加強審查：(114/12/1)
 - (1)一年申報超過二次以上者。
 - (2)屬特異過敏原免疫檢驗(30022C)陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者。

(三十五)居家照護審查原則：(110/6/1)

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。

(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，應不予以同意：

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)依個案現狀及醫師評估其實際訪視次數(或換管次數)；居家照護之個案管路須長期置放者，建議使用矽膠材質，一個月更換一次為原則。

(2)有下列情形者，不予以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(經審查同意訪視但不需換管者，原申報資源耗用群得依實際狀況改支為適當資源耗用群)。

丁、非必要之靜脈點滴注射，每日申報家訪費用者。

戊、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。

己、針對管路頻繁置換管者，且護理紀錄未詳實紀錄病況。

(3)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。

(三十六)部份凝血活酶時間(08036C)，不符合下列情況，應加強審查：

(111/5/2)

1. 出血傾向或凝血異常的鑑別診斷。

2. 抗凝血劑治療效果的監控。

(三十七)甲狀腺球蛋白抗體(12068C)檢查頻率：以1年檢查1次為原則，如有

特殊情形(如甲狀腺癌)應敘明原因，核實申報。(111/5/2)

(111/8/1)

(三十八)甲狀腺過氧化酶抗體(12134C)審查原則：(111/5/2)

1. 1年檢查1次為原則；如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。

2. 孕婦可3個月檢查1次(甲狀腺低下者)。

(三十九)穿刺細胞檢查(15007C)審查原則：以半年檢查1次為原則；如有特

殊情形，應敘明原因，核實申報。(111/5/2)

(四十) DNA 抗體(12060C)審查原則：(111/5/2)

1. 符合下列情況：全身性紅斑狼瘡 SLE 之診斷，與病情監測及預後判斷指標。

2. 檢查間隔3個月為原則，如有特殊情形(如疾病活動期病人)應敘明原因，核實申報。(111/8/1)

(四十一) B型利納肽(B型利納利尿勝肽) Pro-BNP/(BNP) (12193C) 審查原則：(111/5/2)

1. 符合下列情況：初次檢查具有理學症狀，且心電圖(或胸部X光)結果異常時，經臨床診斷為成人 Functional Class III 以上之心臟衰竭或心臟衰竭病兒。
2. 治療1-3個月後追蹤檢驗；病情穩定後，每6個月得檢驗1次。

(四十二) 輪狀病毒抗原(14026C) 審查原則：(111/5/2)

同一個病人以1個月內執行1次，1年內至多執行5次為原則，若1年內超過5次，則加強審查。

(四十三) 超音波導引(19007C)及激痛點注射調理(39024B)原則不得合併申報，如有重要之神經或血管經過等特殊危險部位(如接近肺臟、神經或脊椎等)，得以超音波導引(19007C)定位，輔助判斷注射部位，惟須於病歷詳述必要性並檢附超音波影像報告。(111/5/2)

(四十四) (112/4/1)

申報項目	適應症或條件
電腦自動視野儀檢查 Screen(23610C) 、 Threshold(23609C)	<ol style="list-style-type: none">1. 高眼壓症($IOP \geq 22 \text{ mmHg}$)、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、視神經病變、腦部病變者。2. 申報原則： (1)23610C、23609C 附檢查報告及判讀結果。 (2)23609C 自動視野儀必須能呈現 Threshold 結果。 (3)23607C(靜態視野檢查)、23609C 及 23610C 原則上 6 個月方得申報一次，如有特殊情況(如病況不穩定)需增加申報頻率，應於病歷上詳述理由。

(四十五)呼吸融合細胞病毒試驗(14058C)審查原則:以給付3歲以下(含3歲)病人為原則；同一個病人以1個月內執行1次，1年內至多執行3次為原則，若1年內超過3次，則加強審查。有其他共病會影響呼吸或免疫系統功能之住院病童除外。(112/4/1)

(四十六)甲促素結合體抗體(12121C)審查原則: (112/4/1)

1.Graves' disease 之診斷，須 TSH、T3/T4(或 free form)任一項異常。

2.Graves' disease 之追蹤，每半年得檢驗一次12121C。

3.以下特別狀況得依臨床需求與專業判斷，不受半年一次之限制。

(1)用於判斷 Graves' disease 是否可以停藥，宜具有以下三條件：甲亢藥一天一顆，TSH、T3/T4(或 free form)正常，甲狀腺超音波正常。

(2)孕婦(包括有 Graves' disease 病史或確診者)。

(3)有明顯之甲狀腺眼病變。

(4)其他，需於病歷詳實記載。

(四十七)糖尿病以眼底彩色攝影(23502C)執行眼底常規追蹤之審查原則:

(114/2/1)

糖尿病眼底常規追蹤，若執行眼底彩色攝影(23502C)，以一眼申報1張為原則，並於病歷記載初次判斷報告；如有特殊情況需申報超過2張，應於病歷說明原因。