

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
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
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) (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)	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。

申報項目	適應症或條件
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)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 小血球性貧血最主要的因素有二： <ol style="list-style-type: none"> (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： <ol style="list-style-type: none"> (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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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	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

診療項目	增修條文
(22001C)	<p>因，或作為進一步轉診之參考數據。</p> <p>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。</p> <p>3.需附純音聽力檢查報告圖(包括雙耳骨導、氣導值)。</p>
二、 前玻璃體切除術 (86203 C)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.青光眼相關疾病(惡性青光眼)：附相片或相關病歷表。</p> <p>4.玻璃體、視網膜相關疾病：附 B 型超音波。</p>
三、 甲狀腺原氨酸放射 免疫分析(27001C)	<p>1.懷疑有 T3 toxicosis 者，得實施甲狀腺原氨酸放射免疫分析。</p> <p>2.病歷上應記載懷疑有 T3 toxicosis 之症狀、理學檢查和其他檢查。</p>
四、 甲狀腺刺激素免疫 分析(09112C)	<p>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。</p> <p>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。</p>
五、 輸卵管外孕手術 (97017C)	<p>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」。</p> <p>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。</p>

二十三、X-RAY 審查原則：

- (一)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)

(二)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)

(三)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)

(四)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)(111/5/2)

(一)依腫瘤大小支付者，病歷應檢附術前有量尺比對的照片。

(二)病理報告除描述手術切塊大小外，應註明腫瘤實際大小。

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

(一)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，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)

(二)刪除(110/6/1)

(三)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、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：(108/3/1) (111/5/2)

(一)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。

(二)IgE (12031C)大於其標準值或過敏原定性檢驗(30021C)異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，原則上兩年內不得重複檢驗，並應於病歷明確記載開立該項檢驗之理由。

(三)特異過敏原免疫檢驗(30022C)陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者應加強審查。

二十八、四肢超音波檢查(19016C)審查原則：(110/6/1)

(一)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：

(1)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。

(2)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。

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)。

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。

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。

7.周邊神經之疾病。

(二)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。

(三)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。

(四)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。

二十九、居家照護審查原則：(110/6/1)

(一)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。

(二)收案注意事項

- 1.收案對象是否符合下列各項條件：

(1)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。

(2)有明確之居家照護服務項目需要。

(3)病情穩定能在家中進行照護。

(4)檢附完整之申請資料：

甲、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。

乙、醫囑單有完整之病史及醫囑記載。

丙、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：

(1)無明確之護理措施，只需部分日常生活協助者。

(2)病情不穩，需住院治療者。

(三)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，不予支付費用或核扣多報之費用：

(1)不符合收案或延長照護條件者。

(2)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。

(3)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)。

(4)非必要之靜脈點滴注射，每日申報家訪費用者。

(5)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。

(6)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：

(1)同一病患同一天由不同科別醫師看診者。

(2)照護紀錄內容僅見例行更換各式導管者。

三十、部份凝血活酶時間(08036C)，不符合下列情況，應加強審查：

(111/5/2)

(一)出血傾向或凝血異常的鑑別診斷。

(二)抗凝血劑治療效果的監控。

三十一、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)

三十二、甲狀腺過氧化酶抗體(12134C)審查原則：(111/5/2)

(一)1年檢查1次為原則；如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。

(二)孕婦可3個月檢查1次(甲狀腺低下者)。

三十三、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)

三十四、DNA 抗體(12060C)審查原則：(111/5/2)

(一)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。

(二)檢查間隔1年以上為原則，如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。

三十五、B 型利納肽(B 型利納利尿肽)Pro-BNP/(BNP) (12193C)審查原則：(111/5/2)

(一)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。

(二)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。

三十六、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。

三十七、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)

三十八、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)

三十九、甲促素結合體抗體(12121C)審查原則：(112/4/1)

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

(二)Graves' disease 之追蹤，每半年得檢驗一次12121C。

(三)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、針對院所診療項目，超音波及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 3至6個月複檢，因病情變化需要而小於3個月內複檢者，需於病歷上詳細記載原因，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。(112/4/1)