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。但為恐肝臟有實質病變，得半年申報一次，並於病歷詳細記載理由。(110/6/1)

(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、肝硬化患者每三個月超音波追蹤檢查一次，每大於12個月第一次可申報19001C(專案送審需檢附全年度病歷)，第二次(含)以後以申報19009C 為原則。(99/4/1)(100/1/1)(110/6/1)

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.使用祛痰劑或誘痰劑時，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 × $Scr^{-1.154} \times Age^{-0.203} \times 0.742$ (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 肝用藥審查原則(110/6/1)

(1) ALT 上升情況或肝失代償情況(如 bilirubin >2mg/dL, PT prolong>3 sec)符合 BC 肝用藥藥品給付規定所需條件情況下，可施行 HBV DNA 或 HCV RNA 定量檢查，三個月內不得重覆檢查。(110/6/1)

(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)(114/2/1)

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，可以植入動靜脈造瘻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)

22.上消化道內視鏡止血法(47043C)審查原則：(110/6/1)

(1)需有出血徵兆(SRH: stigmata of recent hemorrhage)或 Forrest I 及 IIa 或 IIb 的潰瘍。

(2)需檢附治療前及治療後止血內視鏡影像，影像需含病人相關資料及日期。

23.「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」計畫審查重點:呼吸照護居家階段審查原則【如附表】(112/12/1)。

(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)刪除(112/4/1)

(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)

附表

呼吸照護居家階段審查原則(112/12/1)

審查面向	審查原則
紀錄品質方面： 審視病程紀錄（Progress Note）、呼吸治療紀錄（RT Sheet）、護理紀錄及生命跡象（TPR Sheet）等內容記載完整性，一致性及個別性。	1.每次訪視應依病況變化有完整病程紀錄、呼吸治療紀錄及護理紀錄。 2.病程紀錄應包含病人當時狀況、呼吸型態與其他重要共病相關的評估、呼吸器設定，並依變化詳載原因、診斷、醫療建議及衛教，第一次新收案應描述主要造成呼吸衰竭、無法脫離呼吸器原因與重要的共病。 3.呼吸治療紀錄應包含指尖血氧濃度、呼吸器檢視及設定、呼吸器管路當月更換紀錄等。 4.護理紀錄應包含生命跡象、營養、身體評估、照顧者照顧技能等訪視評估紀錄及處置、病人反應與指導內容等照護計畫。另衛生福利部居家護理照護管理系統產出之個案照護紀錄得列入審查參考。 5.相關之檢查檢驗，應有適當的紀錄與判讀。
醫療照護品質方面： 1.審視評估之完整性，處置之合理性及紀錄完整性。 2.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： 針對突發狀況、急性病變及慢性病變等處置之合理性，並有紀錄呈現。 2.每次訪視執行呼吸系統之完整評估。 3.呼吸器病人生活品質： (1)定期營養之評估、監測及介入。 (2)特定病人之吞嚥、語言、溝通互動之教導。 (3)評估病人身體活動與相關復健。 (4)第一次新收案應評估病人居家環境及個人衛生。 4.呼吸器管路當月更換紀錄。 5.主要照顧者當月教育訓練評值表。 (1)呼吸器基本操作(管路消毒接法、警報處理、潮濕器)。 (2)抽痰技術、氣切照護、甦醒球使用。 (3)提供轉送與緊急處理之相關資訊。 (4)必要時安寧緩和醫療相關資訊。