

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

總則	5
壹、審查依據及相關規定：	5
貳、病歷審查原則	5
第一部 醫院醫療費用審查注意事項	9
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	9
一、一般原則：	9
二、各科審查注意事項：	18
(一)家庭醫學科審查注意事項	18
(二)內科審查注意事項	25
(三)外科審查注意事項	51
(四)兒科審查注意事項	66
(五)婦產科審查注意事項	71
(六)骨科審查注意事項	80
(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	84
(八)耳鼻喉科審查注意事項	97
(九)眼科審查注意事項	102
(十)皮膚科審查注意事項	114
(十一)神經內科審查注意事項	119
(十二)神經外科審查注意事項	124
(十三)精神科審查注意事項	128
(十四)復健科審查注意事項	135

(十五)放射線科審查注意事項	138
(十六)病理科審查注意事項	140
(十七)麻醉科審查注意事項	141
貳、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項	143
一、通則(99/1/1)	143
二、個別 DRG 審查注意事項(100/11/1)	146
MDC2 眼之疾病與疾患審查注意事項	146
MDC5 循環系統之疾病與疾患審查注意事項	148
MDC6 消化系統之疾病與疾患審查注意事項	153
MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患審查注意事項	161
MDC12 男性生殖系統之疾病與疾患審查注意事項	169
MDC13 女性生殖系統之疾病與疾患審查注意事項	171
MDC14 妊娠、生產與產褥期審查注意事項	178
第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項	221
壹、一般原則：	221
貳、各科審查注意事項：	227
一、家庭醫學科審查注意事項	227
二、內科審查注意事項	235
三、外科審查注意事項	248
四、兒科審查注意事項	255
五、婦產科審查注意事項	260
六、骨科審查注意事項	270
七、泌尿科審查注意事項	272

八、耳鼻喉科審查注意事項	276
九、眼科審查注意事項.....	279
十、皮膚科審查注意事項	289
十一、神經內科審查注意事項	292
十二、神經外科審查注意事項	297
十三、精神科審查注意事項	299
十四、復健科審查注意事項	304
十五、放射線科審查注意事項	308
十六、病理科審查注意事項	309
十七、麻醉科審查注意事項	310
第三部 牙醫醫療費用審查注意事項.....	347
第四部 中醫醫療費用審查注意事項.....	359

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
*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(102/3/1)

(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(病歷資料上應有保險人核蓋之章戳)，以電子病歷送審者，依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定辦理。(100/11/1)(102/8/1)
(105/9/1)

【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
*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)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, cephadrine, cephaloridine, cephalixin。
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)對於急診採檢傷分類方式申報者，審查原則如下：

1. 檢傷分類各級數可參考「台灣急診檢傷急迫度分級量表」。(刪除附表一)(99/7/1)

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)

(十一)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)

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。

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)

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。

(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)電腦斷層審查原則

甲、須附檢查申請書及報告，否則不予給付。

乙、檢查申請書或報告內容須包括：

- A. 臨床診斷。
- B. 檢查目的。
- C. 相關病史。
- D. 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)。
- E. 其他相關檢查結果。

丙、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。

丁、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。

(2)磁振造影檢查審查原則

甲、須附檢查申請書及報告，否則不予給付。

乙、檢查報告或申請書需包括：

- A. 臨床診斷。
- B. 檢查目的。
- C. 相關病史。
- D. 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須附詳細檢查部位理學檢查資料)。
- E. 其他相關檢查結果。

丙、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。

丁、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。

戊、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。

己、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。

庚、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。(99/7/1)

(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。

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
	(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。
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。

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>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>
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)

二、各科審查注意事項：

(一)家庭醫學科審查注意事項

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)

甲、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)

(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、經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。
- 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)19005B 之其他超音波檢查是指如甲狀腺、乳房、肺部等超音波檢查。

(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. 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)

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)

(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。

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。

1. (八)刪除(99/7/1)

(二)內科審查注意事項

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。

(5)刪除(99/7/1)

(6)刪除(99/7/1)

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)

(1)治療前後3至6個月 HbA1c 之報告。

(2)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 則不得選用 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

$$\begin{aligned} & \text{(estimated Ccr) CG-GFR (Cockcroft-Gault) =} \\ & \text{【(140-Age) × Bwt】 / (72 × Cr) × 【1.73/ BSA】 ×} \\ & \text{0.85 (if female) MDRD-Simplify-GFR=186 × Scr}^{-1.154} \times \\ & \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female) (97/5/1)} \end{aligned}$$

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、B 肝治療前，治療後每六個月，臨床懷疑出現抗藥性，停藥前，

停藥後6個月及12個月需作 HBV DNA 定量檢查。

丙、C 肝治療前，治療後一個月，三個月(如無 RVR)，停藥前，停藥後6個月需作 HCV RNA 定量檢查。

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)

(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)

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	<ol style="list-style-type: none"> 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、17004B。 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)
47045C	體位引流	<ol style="list-style-type: none"> 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)

項目編號	項目名稱	審查原則
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)： <ol style="list-style-type: none"> (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)： <ol style="list-style-type: none"> (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。 (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)： <ol style="list-style-type: none"> (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。

項目編號	項目名稱	審查原則
		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。
57017B 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。
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) (57017B、57018B)】。

(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)

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。

(6)醫療院所行心導管檢查，於審查需要時，應檢附下列兩項資料備查：

甲、全民健康保險心導管檢查申報表。(詳附表五)

乙、心導管檢查報告。

(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(99/7/1)

(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)鉍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，

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。

(11)心臟超音波檢查：

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

乙、18007B 已含18006B 之精神，不宜合併申報。

(3)刪除(99/7/1)

(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。

甲、檢查17003C (流量容積圖形檢查) 肺部結果是正常者，不應申報17006B (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)。

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17006B (支氣管擴張劑試驗) 或17007B (標準支氣管擴張劑試驗)。

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、17006B (支氣管擴張劑試驗) 不可與17019C (支氣管激發試驗) 同時申報。(97/5/1)

(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)
- (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。進行週邊幹細胞輸注時，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. 氣管造瘻口處理-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必要性適度申報，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)

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

(104/1/1)

2. 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：

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，抽搐或末梢神經病變
- 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。(101/5/1)

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。
(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)

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)，其 AHI 或 RDI 值應超過15/H 或是 $5 < RDI < 15/H$ 且合併臨床症狀 (白天過度嗜睡)，報告應包含 Titration Chart。

(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13009B-13011B(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）

6. 後天型血友病患者急性出血治療使用繞徑藥物治療審查原則：

(106/1/1)

- (1) 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。

- (2) 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。
- (3) 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。

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

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
<p>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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。
<p>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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般醫療照護品質。 <ol style="list-style-type: none"> (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。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 呼吸系統之完整評估。 (2) 評估及訂定病患之醫療目標： <ol style="list-style-type: none"> (a) 仍屬呼吸器困難脫離 (b) 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： <ol style="list-style-type: none"> (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。
<p>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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> (a) 依個案制訂合理之呼吸訓練及呼吸器脫離計畫。

	<p>(b) 對困難脫離的病患，應探究其失敗原因並盡可能矯正之。</p> <p>(c) 無法脫離呼吸器主要原因是否已排除。</p> <p>(d) 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。</p> <p>3. 對呼吸器依賴患者應有妥善之照護計劃。</p>
--	---

(三)外科審查注意事項

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、第一次以48014C 至48017B、48029B、48030B 給付，第二次以48018C 至48021B、48031B、48032B 給付，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，應附病患照片憑核。
(101/5/1)
 - 乙、一天超過二次(含)以上，應詳加說明。(101/5/1)
 - (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。

(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. 經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。

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)或功能部位(如手部關節)以外部位之植皮，以分層皮膚移植(Split thickness skin graft)為原則。

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。如合乎適應症，則以「肺葉根除術」加二分之一「淋巴清除術」給付；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）

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69019Bx1 + 69014Bx1/2-- 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瘻管成形術, 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. 肛門切除後治療(每次)(49004C)，如為直腸癌手術傷口未縫合併有感染則以49004C申報，傷口縫合而無感染則以48013C申報。
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，應依不同刀口實行多項不同類手術，第一、二項手術按點數計，第三項以三分之一計，其餘手術不計。
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。
- (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. 冠狀動脈繞道手術審查原則：
- (1)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定最多為三條冠狀
動脈繞道手術(68025B)，故施行四條、五條者仍請按68025B 申報。
(102/3/1)
- (2)另外取大隱靜脈及內乳動脈不另給付。
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。
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. 肺癌患者接受同一刀口實行多項手術時，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)

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：

(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。

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. 實施胃隔間術(gastric partition)72035B 應符合下列各項條件：

(1)BMI(body mass index)身體質量指數 $\geq 40\text{kg}/\text{m}^2$ ；BMI $\geq 35\text{kg}/\text{m}^2$ ，合併有高危險性併發症，如：糖尿病、高血壓、呼吸暫停症候群等)。

(2)甲、經運動及飲食控制在半年以上。乙、年齡在18~55歲間。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. 單區皮膚全層植補術 (FTSG) 的手術申報金額上限，不該超過皮瓣
(顯微血管游離瓣)手術的2/3，而分層植補術(STSG)則不該超過 FTSG
之申報點數的80% ，申報時應附上清晰之照片。(97/5/1)

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)施行內痔結紮手術兩次時間至少應間隔二星期以上。

(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、(二)規定辦理。(99/7/1)(102/3/1)

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)送審時必需檢附第一次的檢體病理報告、內視鏡報告及照片，確定無黏膜下侵犯、淋巴或其他轉移之病灶，且照片內容至少須包括下列三項：

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)小於0.5cm之腫瘤可先觀察，大於5cm的腫瘤不建議用72050B
內視鏡黏膜切除術。(103/6/1)

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)

(四)兒科審查注意事項

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，且病歷應詳實記載。(97/5/1)
- (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)鼻用類固醇製劑每名病人以一個月一支為原則，第一次處方鼻用類固醇製劑時可合併處方口服抗組織胺14天為原則。特殊情況得提出詳細理由說明。(100/1/1)
- (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，而非非常規每日申報。

(14)過敏免疫檢查及用藥：

- 甲、特異過敏原免疫檢驗(30022C)、高單位免疫球蛋白注射等應依醫療常規使用，並由專業從嚴審查認定。
- 乙、為避免過敏免疫檢查過度使用，不應以臍帶血 IgE 值作為過敏診斷之依據。

(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) 體重二〇〇〇公克以下之嬰兒，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)婦產科審查注意事項

1. 有關住院、住院日及輕病住院：

- (1)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。
- (2)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)
- (3)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)
- (4)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)
- (5)住院病患於手術後，申報55010C 會陰沖洗以三天為原則。

2. 手術費、材料費之申報：

- (1)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)
- (2)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。
- (3)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。
- (4)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。

(5)一般門診手術申報96004C 應有麻醉紀錄備查。

6. 刪除(99/7/1)

3. 用藥：

(1) 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)

(2) 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。

(3) 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)

(4) 維他命之使用：應以有積極治療者為限。

(5) 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。

(6) 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○天)起，至三十七週前(三十六週加六天)。

(7) 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)

4. 一般全子宮切除術(80403B)、複雜性全子宮切除術(80412B)及子宮頸

癌全子宮根治術(80413B)之手術範圍界定如下：

(1)80403B 子宮完全切除：手術包括子宮體及子宮頸切除。

(2)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。

(3)子宮頸癌全子宮根治術(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70208B之二分之一。

5. 申報人工流產之條件：

(1)非治療需要之人工流產係指下列項目以外之人工流產。

甲、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。

乙、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。

丙、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。

丁、有醫學上之理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

戊、不完全性流產、不可避免之流產、死胎流產等病態性流產。

(2)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。

6. 驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

7. 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)

8. 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。至於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)

9. 有關陰道分泌物檢查其區別如下：

(1)13006C：由陰道所採之分泌物如白帶等。

(2)16007C：經由穿刺所取得之分泌物。

10. 刪除(99/7/1)

11. 剖腹產的適應症如下：

(1)Fetal distress(需附胎兒監視器報告)。

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

(3)APH(placenta previa, abruptio placenta)(產前出血)。

(102/3/1)

(4)Malpresentation(including twin with malpresentation)(胎位不正)。

(5)Cord prolapse(臍帶脫垂)。(102/3/1)

(6)Induction failure(催生失敗者)。

(7)Active genital herpes(生殖道疱疹者)。

(8)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。

- (9) Previous uterine surgery(先前有子宮手術者)。
- (10) Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata, diffuse(陰部或陰道長尖形濕疣)。(102/3/1)
- (11) Treatable fetal anomalies(e.g. gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly)(胎兒先天不正常可治療者)。
- (12) Preeclampsia with(子癇前症):
 - 甲、uncorrectable severe preeclampsia。
 - 乙、HELLP syndrome。(106/1/1)
 - 丙、eclampsia。(106/1/1)
- (13) Extremely premature fetus < 1500gm(限有 NICU 設備者)。(嬰兒體重<1500公克)
- (14) Pelvic deformity(Sequel of poliomyelitis or traffic accident, etc.)(骨盤畸型)。(106/1/1)
- (15) Fetal macrosomia(>4000gm EBW)(胎兒超音波預估體重過重>4000公克)。(106/1/1)
- (16) Cephalopelvic disproportion (CPD)(胎頭骨盆不對稱)。
- (17) Obstructive labor(e.g. myoma, ovarian tumor)。(阻塞性生產，如子宮肌瘤或卵巢腫塊) (106/1/1)
- (18) Major medical complications(主要內科併發症)。
- (19) 經診斷為 HIV(+)者。(98/8/1)
- (20) 其他特殊適應症，但須詳細說明。(98/8/1) (106/1/1)

13. 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。
14. 刪除(101/2/1)
15. 刪除(101/2/1)
16. 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。
17. 施行胎心音監視檢查(18013C、18014C)，其適應症及相關規定別為：
適應症：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。
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。
申報費用時請檢附胎心音監視報告。
18. 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。
19. 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。
20. 治療性流產手術審查原則：
 - (1) 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。
 - (2) 住院安胎失敗者，可施行子宮頸擴張刮除術(D&C)手術。
 - (3) 子宮頸擴張刮除手術，不應以「急診」常規申報。

- (4)須附病理報告。(106/1/1)
21. 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。
22. 刪除。(106/1/1)
23. 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)
24. 刪除。(106/1/1)
25. 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)
26. 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)
27. 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申報規定：
- (1)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)
- (2)婦科手術(ATH, VTH…)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報一次為原則。
28. 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。子宮以上之發炎屬骨盆腔發炎，微生物製劑不受上述一種為限之規定。(97/5/1)(106/1/1)
29. 產檢申報超音波檢查之原則：(106/1/1)

- (1)若因疾病必須施行超音波檢查，不應以產檢項目申報。
 - (2)產檢合併疾病申報時，須有適應症。
 - (3)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。
30. 刪除(101/2/1)
31. 申報懷孕試驗，須於檢送之病歷記載結果。(106/1/1)
32. 同一病灶拆線時，不可同時申報換藥費用。
33. 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。(106/1/1)
34. 刪除(102/3/1)
35. 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)
36. 骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下：
- (1)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。
 - (2)無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。(102/3/1)
37. 抹片 ASCUS(含)以上，得進行陰道鏡檢查，附加之子宮頸切片及 ECC 得另行申報。(103/6/1)(106/1/1)
38. 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。

(103/6/1) (106/1/1)

39. 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。(103/6/1) (106/1/1)

40. (1) 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)。(103/6/1)

(2) 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。

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

41. 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)

42. 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)

43. 高危險妊娠胎兒生理評估，妊娠期間若超過2次，須於病歷記載理由。(106/1/1)

44. CA-125 (EIA) 之審查：(106/1/1)

(1) 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。每三個月申報一次，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。

(2) 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。每六個月抽血一次。

(六)骨科審查注意事項

(一)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：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。(102/3/1)(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」之定義為骨骺之間為標準。(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)：(102/3/1)(106/6/1)

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瘻回家。(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，可同時申報膀胱造瘻

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)

- a. 凝血功能異常。
- b. 需全身或半身麻醉才能執行者。
- c. 肛門直腸病變影響切片進行或安全。
- d. 曾因切片而嚴重感染或敗血症者
- e. 須做進階切片檢查(如 systemic biopsy or saturated biopsy)之高風險病人。
- f. 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。(106/6/1)

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 (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。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，100805032-02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)

- a. 嵌頓性包莖(paraphimosis)。
- b. 曾有發生復發性包皮炎，並有明確之病歷紀錄可資證明。
- c. 包皮有結疤影響排尿或陰莖勃起。
- d. 因包皮病灶而須將包皮切除並送病理檢驗者。
- e. 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)耳鼻喉科審查注意事項

1. 因情況需要同時行兩種以上處置時，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節通則規定辦理，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)
2. 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。如申報案件數異常，審查醫藥專家應加強審核。鼻填塞物取出，可以申報鼻填塞物取出(54023C)項。
(102/3/1)
3. 濕氣吸入治療(57007C)，應慎選個案施行；列報蒸氣或噴霧吸入治療—每次(57021C)之適應症為電療中或後、急性聲帶炎、喉部癌症及鼻填塞中之病患。
4. 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)。
5. 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之規定辦理。(同一手術視野不同刀口，同類手術)(102/3/1)
6. 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，切除(71020B)】，應已包含神經分離術，不得再申報神經分離術—肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經(83030B)，神經分離術費用。

7. 中耳炎、扁桃腺炎及鼻竇炎之手術，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。

8. 申報耳鼻喉局部治療【耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸(54019C)、耳鼻喉局部治療-傷口處置及換藥(54027C)、耳鼻喉局部治療-耳部雙側膿或痂皮之取出或抽吸(54037C)、耳鼻喉局部治療-耳部雙側傷口處置及換藥(54038C)】，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，且須在有膿汁與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，且僅能擇一申報，並須於病歷上詳細記錄檢查所見及繪圖備查。單純局部噴灑藥物或塗藥，包含於基本診療費內，不另支付。

(97/5/1)(99/7/1)(100/1/1) (102/3/1)

9. 需經上頷竇切除翼管神經者，方得以翼管神經切除術(65035B)項目申報費用。

10. 刪除(101/2/1)

11. 施行下鼻甲手術之申報原則如下：

(1)以二氧化碳雷射施行下鼻甲手術以鼻雷射手術(65072B)項目申報。

每個月施行個案數，經檔案分析若超過同儕90百分位以上，則應加強審核。(97/5/1)

(2)以紅外線、黏膜下電燒灼施行下鼻甲手術以黏膜下透熱法(65074C)項目申報。

(3)以一般電燒灼(表面)行下鼻甲手術以鼻甲電燒灼(65003C)項目申報。

(4)須檢附病歷記載經藥物治療三個月以上無效之證明。

12. 聲場聽力檢查(22008B)應用於無法使用純音聽力檢查(22001B)之病患及須測試配戴助聽器之病患。

13. 內視鏡申報包括：

(1)鼻咽鏡檢查 (28002C nasopharyngoscopy)、鼻竇內視鏡檢查 (28003C sinoscopy)、喉鏡檢查(28004C laryngoscopy)。

甲、追蹤鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡：電療中可申報三次，電療後之追蹤以一個月1次為原則。

乙、刪除(100/1/1)

丙、頸部腫瘤，疑似原發或轉移性癌：診斷(含切片)時，可申報一次，確認為癌症後，依頭頸癌之申報原則。

丁、有嘶聲症狀、病人強烈喉反射，或解剖結構異常無法以間接喉鏡檢查時。(99/7/1)

(2)喉頻閃光源內視鏡檢查 stroboscopy. (28005B)

甲、聲門打開及關閉兩項，至少兩張之相片。

乙、粘膜移動波之判定報告。

丙、保留錄影帶，以便抽審時隨件考貝該例影像送審。

(3)喉鏡檢查 Laryngoscopy (28004C)及喉頻閃光源內視鏡檢查 Stroboscopy(28005B)兩項檢查，不得同時申報。

(4)小兒 rigid ventilation bronchoscopy，比照氣管、支氣管、細支氣管異物除去術—氣管鏡 (67012C)申報，病歷需記載。

(5)有流鼻血或痰帶血病人及懷疑鼻咽有異常且有強烈喉反射無法以

間接喉鏡檢查鼻咽時。(99/7/1)

(6)須於報告上詳細記錄檢查所見及繪圖或照片備查，若報告缺乏具體內容或過於簡略，不符專業認定，不予支付。(99/7/1)

(103/6/1)

14. 耳鼻喉科抽審案件需附治療前後相關之實體病歷影本，以供審查。

15. (1)平衡檢查(VFT)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)

(2)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，須記錄眼振的方向、頻率、持續期間。

備註：

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)

(3)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。

備註：

1. 若部分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，可只作前面部分（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)

2. 若病情穩定，兩次檢查之間隔需至少三個月，若有病情加重或病情變化需要再追蹤則不在此限。

(4) 耳神經學檢查，若病情穩定，兩次檢查之間隔需至少三個月，若有病情加重或病情變化需要再追蹤則不在此限，但需於病歷上詳細記載。(103/6/1)

16. 刪除(102/3/1)

17. 刪除(102/3/1)

(九)眼科審查注意事項

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 carbamylcholine 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 Angiography)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 & 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 $\geq 2.0D$ ，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, Posner-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)皮膚科審查注意事項

1. 照光治療：

(1)申報原則：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。(97/5/1)(99/7/1)(102/7/23)

(2)限用於乾癬、皮膚淋巴瘤、白斑、全身性濕疹(51018B、51019B);
尿毒性皮癢症。

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（ $>2\text{cm}^2$ ），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（ $\leq 1\text{cm}^2$ ）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（ $>1\text{cm}^2$ 且 $\leq 2\text{cm}^2$ ）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(含膿庖切開)】(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(CO₂ laser operation)62020B 適應症如下：
 - (1) Nevus sebaceous(皮脂腺母斑)
 - (2) Epidermal nevus(表皮母斑)
 - (3) 甲圍疣(Periungual 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(含膿疱切開)』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)神經內科審查注意事項

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20013B(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)

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、腦腫瘍

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、帕金森氏症、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)神經外科審查注意事項

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)

(十三)精神科審查注意事項

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)

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。

(99/6/1)

(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：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)

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)
- ① 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)
- ② 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)
- ③ 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)
- ④ 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：

①積極症狀需 ≤ 2 (106/1/1)

②退化症狀 ≤ 2 ， $\neq 0$

③自殺、自傷傾向=0

④暴力傾向=0

⑤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)

①身心健康狀態。

②自我照顧功能/人際關係。

③休閒生活安排/問題解決能力。

④醫療合作態度/自我服藥管理。

⑤職業功能訓練。

(十四)復健科審查注意事項

1. 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)
2. 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)。(100/1/1)(106/1/1)
3. 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。(格式詳附表十四)
4. 注意申請簡單、中度、複雜治療費用時，有無不正常比率，其比較方式：
 - (1)以該醫療院所過去至少三個月(最好一年)之費用參考，有無異常成長。(如多以中度-複雜或複雜治療列報)
 - (2)與同等級醫療院所比較，其所列報費用是否偏高。
5. 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。(97/5/1)
6. 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。
7. 刪除(101/2/1)
8. 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)(詳附表十三)(102/3/1)

9. 復健治療，使用紅外線及紫外線治療時，不得以51018B 或51019B 申報。
(102/3/1)
10. 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。
11. 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。
12. 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)
13. 43010C 至43023C 之申報限醫療院所之自製產品方可申報。
14. 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，最多以五塊肌肉計算。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。
15. 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。
16. 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」（詳附表十七）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。

(98/3/1)(102/3/1)(102/7/23)

17. 審查案件中，有復健處方者，應交由復健科專科會審。

有關「各項物理治療花費工時」（詳附表十五）及「物理治療黃金治療療程」（詳附表十六），供審查參考。(98/3/1)

18. 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。(98/3/1)

19. 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)放射線科審查注意事項

1. 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，可施行二或二次以上同一項目(含不同部位)檢查，應有報告備查。

2. 治療記錄必須註明病情、期別、治療之理由及詳記執行項目部位明細。

3. 治療計畫申報超過二次以上者請附影本。

4. 復發性腫瘤進行特殊治療計畫時須檢附治療計畫影本。

5. 後荷式治療之次數如超過四次須附治療計畫影本備查。

6. 急治療次數如超過一次以上須檢附原因說明。

7. 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。

8. 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。

9. 申報直線加速器遠隔照射治療，超過(含)四個複雜照野(36012B)者，須附治療計劃。(97/5/1)

10. 乳房超音波(19014C)和乳房造影術(33005B)如同時申報時，應有明確

對照報告供審查參考。

11. 三度空間立體定位 X 光放射治療(37028B)、加馬機立體定位放射治療(37029B)，已內含複雜電腦治療計劃(36015B)及模擬攝影(36021C)。
12. 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，如有特殊狀況應詳細病歷記載供審查參考。
13. 施行兩照野以內之姑息性治療時，電腦治療規劃及模擬訂位攝影僅得申報36001B 及36018B。

(十六)病理科審查注意事項

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)麻醉科審查注意事項

1. 麻醉中(局部麻醉除外)使用動脈血氧飽和監視器(Pulse Oximeter)(57017B)，每一病例給付一次。
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)鉍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一

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) 鉍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 \geq 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 \geq 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 \geq 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 \geq 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髌及股骨手術，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 \geq 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，髌及股骨手術，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 \geq 18 WITH CC)

DRG21102 主或次診斷為感染之髌及股骨手術，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 \geq 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，髌及股骨手術，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 \geq 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，髌、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 \geq 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 \geq 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 β HCG。
3. 檢體之病理報告。
4. 腹腔鏡手術應附相片。
5. 超音波記錄證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. β HCG。
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 删除(99/7/1)

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 5 0	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 可自行從床上坐起來，但移位時仍需別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。				
四、 上廁所	10 5 0	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 需它人幫忙。				
五、 洗澡	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成（不論是盆浴或淋浴）。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。				
六、 行走於平地 上	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的扶持或口頭指導方可行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙推輪椅。				
七、 上下樓梯	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯（允許抓扶手、用拐杖）。 <input type="checkbox"/> 需要稍微幫忙或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。				
八、 穿脫衣服	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。				
九、 大便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁，（每週不超過一次）或使用塞劑時需人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需別人處理。				
十、 小便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 删除(99/7/1)

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 (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 身分證編號	出生年月日 年齡	透析日期 EPO 劑量	透析日期及注射紀錄															EPO 總 量	檢驗					BUN 或 Ccr 值	備註
	年	月	日				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		次數	1	2	3	4		
				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授予日期即可，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)

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 $Ccr \leq 5ml/min$ 血清 $Cr \geq 8mg/dl$

2. 相對適應症：重度慢性腎衰竭且 $Ccr \leq 15ml/min$ 或血清 $Cr \geq 6mg/dl$ ，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、抽搐或末梢神經病變

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)

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)						
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°C				
< 3M		>38°C			
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°C)					
不分年齡	<32°C				
< 3M		32°C - 36°C			
> 3M		32°C - 35°C 【備註4】			

備註：

- 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。
- 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。
- 體溫過低之定義為中心體溫 <35°C，中心體溫<32°C歸為一級，小於三個月之嬰兒< 36°C歸為二級。
- 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°C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)

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
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)

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
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	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)					
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

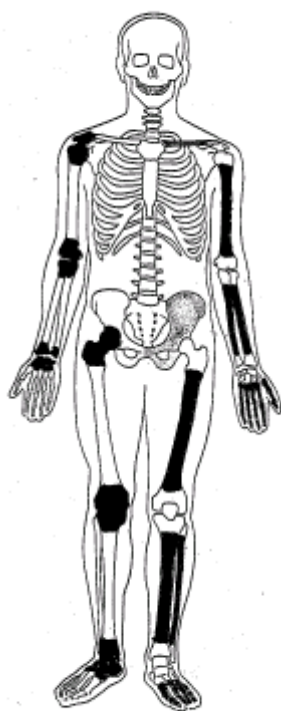
➤ 疼痛程度(Pain Scale)：2、3、4 級

➤ 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 删除(102/3/1)

附表十二 删除(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

醫療院所名稱 _____ 級別：

區域級以上

地區級

基層

申報填表日期 ____ 年 ____ 月

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							

各項物理治療花費工時

附表十五

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。

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	12個月
2. 偏癱	
(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	12個月
2. 四肢癱	
(五)截肢 amputation	2個月
1. BK 或 BE	3個月
2. AK 或 AE	
(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	1個月
3. 其他扭傷或挫傷	
(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	12個月
2. 四肢癱	
(十四)脊髓灰質炎, 小兒麻痺 poliomyelitis	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)	6-9個月
2. 臂神經叢	
(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—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

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嗜睡, <input type="checkbox"/> 混淆, <input type="checkbox"/> 昏迷, <input type="checkbox"/> 對外界完全無反應, <input type="checkbox"/> 失智症, <input type="checkbox"/> 低智商, <input type="checkbox"/> 注意力不集中, <input type="checkbox"/> 情緒障礙, <input type="checkbox"/> 無法表達自己之意見, <input type="checkbox"/> 無法了解簡單之指令, <input type="checkbox"/> 較缺乏主動參與治療的意願, <input type="checkbox"/> 其他	1A 1B
2	關節活動度(ROM_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 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%)) <input type="checkbox"/> 全身關節, <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸椎, <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 其他	2A 2B 2C
3	肌肉力量、肌肉表現(MUSCLE_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全身虛弱 <input type="checkbox"/> 左上肢____級, <input type="checkbox"/> 左下肢____級, <input type="checkbox"/> 右上肢____級, <input type="checkbox"/> 右下肢____級, <input type="checkbox"/> 其他	3A、3B 3C、3D 3E、3F
4	感覺功能、疼痛(SEN_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 視覺障礙, <input type="checkbox"/> 聽覺障礙, <input type="checkbox"/> 前庭覺障礙, <input type="checkbox"/> 本體覺障礙, <input type="checkbox"/> 觸覺障礙 疼痛部位: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸部, <input type="checkbox"/> 腰部, <input type="checkbox"/> 胸部 其他異常__: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 臉, <input type="checkbox"/> 口部	4A 4B
5	動作功能、平衡、姿勢與步態 (MOTOR_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 床上活動困難 <input type="checkbox"/> 轉位困難 <input type="checkbox"/> 坐之功能異常 <input type="checkbox"/> 站之功能異常 <input type="checkbox"/> 走不穩 <input type="checkbox"/> 上肢功能受限 <input type="checkbox"/> 姿勢或動作型態異常 <input type="checkbox"/> 其他	5A

6	運動能力、耐力(AERO_G)	<input type="checkbox"/> 多半時間在床上	6A、6B
		<input type="checkbox"/> 無法在自宅四周活動 <input type="checkbox"/> 無法在社區活動 <input type="checkbox"/> 其他	
7	維生系統、輔具與環境(Device)	<input type="checkbox"/> 備有輔具【寫1】；已有輔具，但使用不良【寫2】或需要輔具【寫3】 <input type="checkbox"/> 單拐， <input type="checkbox"/> 四腳拐， <input type="checkbox"/> 四腳助行器， <input type="checkbox"/> 有輪助行器， <input type="checkbox"/> 特殊推車， <input type="checkbox"/> 擺位輔具 <input type="checkbox"/> 輪椅， <input type="checkbox"/> 足踝裝具， <input type="checkbox"/> 膝踝足裝具， <input type="checkbox"/> 頸圈， <input type="checkbox"/> 束腹或背架， <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 環境協助【請打✓】 <input type="checkbox"/> 24小時需看護， <input type="checkbox"/> 部份時間需看護， <input type="checkbox"/> 出門困難， <input type="checkbox"/> 其他用品【請打✓】 <input type="checkbox"/> 氣切， <input type="checkbox"/> 鼻胃管， <input type="checkbox"/> 尿管， <input type="checkbox"/> 尿布， <input type="checkbox"/> 呼吸器， <input type="checkbox"/> 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 其他請註明：	7A
8	專科特殊檢查(SPEC_G)	<input type="checkbox"/> 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）

物理治療目標		物理治療計畫
家屬與病人期望： <input type="radio"/> 減低依賴度 <input type="radio"/> 具生活自理之能力 <input type="radio"/> 減少併發症 <input type="radio"/> 能出門活動 <input type="radio"/> 能恢復上學、上班或持家等角色 <input type="radio"/> 其他	治療師預期達成目標： <input type="radio"/> 減低依賴度 <input type="radio"/> 具生活自理之能力 <input type="radio"/> 減少併發症 <input type="radio"/> 能出門活動 <input type="radio"/> 能恢復上學、上班或持家等角色 <input type="radio"/> 其他	治療安排與項目： · 種類： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 其他 · 治療頻率：_____次/每週 · 每次治療時間：_____分鐘
<input type="checkbox"/> 促進病患之警覺性、注意力與認知能力 <input type="checkbox"/> 促進關節活動度 <input type="checkbox"/> 避免關節攣縮或變形 <input type="checkbox"/> 增加肌肉伸展度(Muscle flexibility) <input type="checkbox"/> 促進肌肉力量及表現 <input type="checkbox"/> 避免肌肉萎縮或肌力減退 <input type="checkbox"/> 促進感覺功能 <input type="checkbox"/> 教導適當處置方式以避免皮膚受傷害 <input type="checkbox"/> 減輕疼痛 <input type="checkbox"/> 增進下肢動作功能，包括： <input type="checkbox"/> 床上活動能力 <input type="checkbox"/> 轉位能力 <input type="checkbox"/> 平衡功能 <input type="checkbox"/> 行走功能 <input type="checkbox"/> 增進上肢動作功能及日常生活功能自理能力 <input type="checkbox"/> 增進動作發展或正確動作模式 <input type="checkbox"/> 促進有氧運動能力及耐力 <input type="checkbox"/> 輔具評估及建議 <input type="checkbox"/> 環境評估與促進環境整合、家屬教育等 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 提供正向、積極的學習環境或刺激 <input type="checkbox"/> 知覺認知訓練 <input type="checkbox"/> 被動/主動輔助性/主動關節運動 <input type="checkbox"/> 關節鬆動術(Joint mobilization technique) <input type="checkbox"/> 肌肉伸展運動/肌肉放鬆技巧 <input type="checkbox"/> 肌力增強訓練 <input type="checkbox"/> 電刺激 <input type="checkbox"/> 感覺處理技術 <input type="checkbox"/> 教導正確翻身/擺位技巧、自我皮膚檢查方法 <input type="checkbox"/> 儀器治療 <input type="checkbox"/> 教導日常生活正確姿勢與技巧 <input type="checkbox"/> 床上活動訓練 <input type="checkbox"/> 轉位訓練 <input type="checkbox"/> 輪椅活動訓練 <input type="checkbox"/> 坐姿/站姿姿勢矯正、靜/動態平衡訓練、坐◎站訓練 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 日常生活功能訓練，如：進食、梳洗、穿脫衣物、洗澡、如廁等 <input type="checkbox"/> 發展增進技術 <input type="checkbox"/> 誘發技術、反射抑制技術 <input type="checkbox"/> 動作(再)學習技巧、工作取向訓練、運用正確生物力學原則 <input type="checkbox"/> 動作協調訓練 <input type="checkbox"/> 腳踏車、跑步機、上肢運動器訓練 <input type="checkbox"/> 輔具處方及教導使用技巧 <input type="checkbox"/> 居家環境評估、環境調整建議、居家治療計畫之擬定與訓練 <input type="checkbox"/> 其他

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
<p>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。</p> <p>是 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 是否曾經接受過任何麻醉 (<input type="checkbox"/>全身麻醉 <input type="checkbox"/>硬脊膜外麻醉 <input type="checkbox"/>半身麻醉 <input type="checkbox"/>其他)</p> <p>2. 是否曾患以下的疾病</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臟病 (如心絞痛、心衰竭、高血壓)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肝臟病 (如肝炎、膽道結石等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腎臟病 (如腎炎、尿毒等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 血液病 (如貧血、白血病等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胸腔病 (如結核、氣喘等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腦血管病變 (中風)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤</p> <p>3. 目前是否有使用下列藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 止痛劑 (如阿斯匹靈)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗凝血劑</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗高血壓藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 利尿劑</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臟病藥物 (如救心等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗過敏或排斥藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 類固醇藥物 (包括中藥、黑藥丸等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 是否曾有藥物過敏狀況?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. 目前是否已懷孕。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. 最近一週內有否感冒。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. 身上有否任何人造物體 (義眼、義肢、假牙：<input type="checkbox"/>固定 <input type="checkbox"/>活動)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. 是否有抽煙、嗜酒的情況?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. 是否有患癲癇、中風昏眩等。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. 是否有精神病史。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. 是否有家族性高體溫。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. 是否有其他疾病或身體不適需告知醫師，請說明 _____。</p>	<p>1. E. K. G. :</p> <p>2. X-ray :</p> <p>3. 生化檢查 :</p> <p>4. 其他 :</p>
	<p style="text-align: center;">麻醉專科醫師綜合意見</p> <p>麻醉危險分級 (ASA) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI</p> <p>是否為急診手術 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>麻醉方式</p> <p><input type="checkbox"/> 96004C 靜脈或肌肉麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96005C 硬脊膜外麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96007C 脊髓麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96011C 臂神經叢阻斷術 (含 i. v. regional)</p> <p><input type="checkbox"/> 96013C 尾椎麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96017C 面罩式全身麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96020C 插管全身麻醉</p> <p>麻醉醫師簽章： _____</p> <p>麻醉專科醫師證號：麻專醫字第 _____ 號</p>

姓名	SEX	HT	《《《《》》》醫院麻醉醫療記錄										DATE	ORC	
病歷號	AGE	WT.	ANESTHESIOLOGIST					RESIDENT					PREVIOUS ANES HX	Y/N	
科別 床號	NPO	Y/N	SURGEON					ANESTHETIC NURSE					PRE-OP CONDITION		
ASA 1 2 3 4 5 6	A. B	O AB	PROCEDURE												
PRE-OP DX	RH	+/-													
ANES METHOD	A G E N T S														
INTUBATION		N2O													
S. # C. X. A. B. F.		O2													
L. cm N. O. D. T.															
PREMEDICATION	F L U I D														
INDUCTION															
	EBL														
	URINE														
	SpO2														
	ETCO2														
	TIME														
	BP	°C													
	HR	38													
	BT	36	200												
	ANESX	34													
		32													
	IN-/	150													
	Exiube	30													
	~/v														
	OP	100													
	BP														
	/														
	mmHg														
	HR	50													
		SPONT													
		ASSIT													
		/min	CONTL												
TOTAL INTAKE	REMARK														
CRYSTALLOID cc	POSITION														
COLLOID cc	TV/RR														
WHOLE BLOOD u	PEAK AWY														
PACK RBC u	CVP														
PLATELET u															
FFP u	PH														
	PO2														
	PCO2														
	BE														
	Na/K														
	Ca														
TOTAL OUTPUT	Hct														
	SUGAR														
	COMMAND														
BLOOD LOSS cc															
URINE cc															
NG cc															
OTHER															
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	J20-J21	急性支氣管炎 Acute Bronchitis	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 ³ ，或血小板70,000/mm ³ 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
	485	J18	支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified	
	465	J06	急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection	
	493	J45	氣喘Asthma	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 Stone 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 臚內損傷 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10x5公分者 ②產生Rhabdomyolysis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Hemarthrosis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
*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、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。

(一) 第一代頭孢子素，包括 cephalothin, cefazolin, cephadrine, cephaloridine, cephapirin。

(二) 非 cephamycin 類之第二代孢子素，包括：cefamandole, cefonicid, cefuroxime, cefotiam 等。

(三) Cephamycin 類之第二代頭孢子素，包括 cefoxitin, cefmetazole。

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

(五) Aminoglycoside 類中之 tobramycin 與 netilmicin。

(六) Fluoroquinolone 類，包括 norfloxacin, ofloxacin, enoxacin, ciprofloxacin 等。

(七) Glycopeptide 類之 vancomycin 與 teicoplanin。

(八) 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)刪除(97/5/1)

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：

1. 影響病人安全之處方者。
2. 非必要之連續性就診者。(95/12/1)

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 \geq 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)	<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\sim10 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-乙亞單位(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）	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 （86203 C）	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。 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	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」。

診療項目	增修條文
(97017C)	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、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)

貳、各科審查注意事項：

一、家庭醫學科審查注意事項

(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治療病症之所需。
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)經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。
- (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. 19005B 之其他超音波檢查是指如甲狀腺、乳房、肺部等超音波檢查。
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。(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)單劑量安瓿裝針劑(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)1. 申報 IgE 檢驗件數異常且多為老年案件者應嚴審，如為20歲以上之個案，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。(100/1/1)

2. 有關申報免疫球蛋白 E IgE(12031C)檢驗項目之審查，參照兒科審查注意事項(七)2. 規定。(102/3/1)

3. 每月每一家基層醫療院所申報案件以不超過五件為原則且陽性率不宜低於60%，超過五件或陽性率低於80%者應嚴審。

- (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、幻燈片等)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 COX II 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、內科審查注意事項

(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. 非類固醇抗炎藥使用兩種(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. TZD (thiazolidinedione) 類藥物使用原則：(97/5/1)

- (1) 葡萄糖失耐症(IGT)之病人不得作為預防性的治療。
- (2) 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)
- (3) 宜遵守以低劑量（例：ACTOS 15mg）為起始劑量之原則，再逐步考慮增加劑量。(101/5/1)
- (4) 請檢附下列兩項資料：(102/3/1) (106/1/1)
 - 甲、治療前後3至6個月 HbA1c 之報告。
 - 乙、治療前後飯前或飯後血糖值之報告。
- (5) 除對 metformin 不適或有禁忌症之患者外，未使用 metformin 則不得選用 TZD。

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 型肝炎患者，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 型肝炎患者每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，超音波追蹤的原則：(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. 19005B 之其他超音波檢查是指如甲狀腺、乳房、肺部等超音波檢查。

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)

$$\text{CG-GFR (Cockcroft-Gault)} = \frac{[(140 - \text{Age}) \times \text{Bwt}]}{(72 \times \text{Cr})} \times \frac{1.73}{\text{BSA}} \times 0.85 \text{ (if female)}$$
$$\text{MDRD-Simplify-GFR} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female)}$$

(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) B 肝治療前，治療後每六個月，臨床懷疑出現抗藥性，停藥前，

停藥後6個月及12個月需作 HBV DNA 定量檢查。

(3) C 肝治療前，治療後一個月，三個月(如無 RVR)，停藥前，停藥後6個月需作 HCV RNA 定量檢查。

(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)

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，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。
5. 心臟超音波檢查：
- (1)18005B(超音波心臟圖)可依適應症與18006B(杜卜勒氏超音波心臟圖)或18007B(杜卜勒氏彩色心臟血流圖)合併申報。
 - (2)18007B 已含18006B 之精神，不宜合併申報。
 - (3)刪除(101/7/1)
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，抽搐或末梢神經病變
- 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. 血管通路以末梢血管修補及吻合術（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。

(六)刪除(102/3/1)

(七)1. 申報 IgE 檢驗件數異常且多為老年案件者應嚴審，如為20歲以上之個案，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。(100/1/1)

2. 有關申報免疫球蛋白 E IgE(12031C)檢驗項目之審查，參照兒科審查注意事項(七)2. 規定。(102/3/1)

3. 每月每一家基層醫療院所申報案件以不超過五件為原則且陽性率不宜低於60%，超過五件或陽性率低於80%者應嚴審。

(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)

(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. fatty liver 引起肝功能指數異常庇肝劑使用準則應宜判斷是否有無適應症為審查依據。針對只有脂肪肝而且 GPT 介於正常值之1-2倍者，宜輔導不宜浪費或高頻率之使用，對於有 fatty liver 之個案請醫師加強衛教。

2. Sono 檢查之頻率宜半年以上方得再次執行。

(十一)肝庇護劑審查注意事項(附表十九)

(十二)刪除(102/3/1)

三、外科審查注意事項

(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)經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。

(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)或功能部位(如手部關節)以外部位之植皮，以分層皮膚移植(Split thickness skin graft)為原則。

(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。

(十)尿毒症病人行動靜脈瘻管成形術，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)肛門切除後治療(每次)(49004C)，如為直腸癌手術傷口未縫合併有感染則以49004C申報，傷口縫合而無感染則以48013C申報。

(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，如有必要延長使用之，以不超過七天為限。

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)淺部創傷之第二次處理 (48027P)、深部創傷之第二次處理 (48028P)，係指病患在同一診所執行首次淺部或深部創傷之處理(含縫合、接紮、擴創)後，經專業醫療判斷，傷口需再次施行縫合、接紮、擴創等處理時，方可申報第二次淺部或深部創傷之處理，且須於病歷上詳細記載處理過程，而施行一般換藥，則依該創傷處置之相關「手術、創傷處置及換藥」診療項目，視其實際施行項目擇一申報。(97/5/1)(106/1/1)

(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. 應檢具手術同意書及正式手術紀錄。
2. 施行內痔結紮手術兩次時間至少應間隔二星期以上。
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、兒科審查注意事項

(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定為治療病症之所需。
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。
 - (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)

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. 鼻用類固醇製劑每名病人以一個月一支為原則，第一次處方鼻鼻用類固醇製劑時可合併處方口服抗組織胺14天為原則。特殊情況得提出詳細理由說明。(100/1/1)
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. 體重二〇〇〇公克以下之嬰兒，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 COX II 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 COX II 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)1. 申報 IgE 檢驗件數異常且多為老年案件者應嚴審；如為20歲以上之個案，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。(100/1/1)
2. 除年齡、嗜酸性白血球數考量外或免疫球蛋白 E 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。(102/3/1)
3. 每月每一家基層醫療院所申報案件以不超過五件為原則且陽性率不宜低於60%，超過五件或陽性率低於80%者應嚴審。
- (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、幻燈片等)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. fatty liver 引起肝功能指數異常庇肝劑使用準則應宜判斷是否有無適應症為審查依據。針對只有脂肪肝而且 GPT 介於正常值之 1-2倍者，宜輔導不宜浪費或高頻率之使用，對於有 fatty liver 之個案請醫師加強衛教。
2. Sono 檢查之頻率宜半年以上方得再次執行。
- (十二)1. 檢驗後發現病患為過敏性疾病，其後續的治療及診斷應列入評估。
2. 刪除(102/3/1)
- (十三)2歲以下之兒童不宜使用 Menthol Packing。(97/5/1)(106/1/1)

五、婦產科審查注意事項

(一)有關住院、住院日及輕病住院：

1. 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。
2. 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)
3. 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)
4. 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)
5. 住院病患於手術後，申報55010C 會陰沖洗以三天為原則。

(二)手術費、材料費之申報：

1. 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)
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 一般門診手術申報96004C 應有麻醉紀錄備查。
6. 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。

7. 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。

(三)用藥：

1. 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)

2. 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)

3. 荷爾蒙之使用：(97/5/1)

停經後荷爾蒙之使用得依醫師診斷使用於閉經、更年期症候群及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。

4. 維他命之使用：應以有積極治療者為限。

5. 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。

6. 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○天)起，至三十七週前(三十六週加六天)。

7. 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)

(四)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)之手術範圍界定如下：

1. 80403B 一般全子宮切除：手術包括子宮體及子宮頸切除。
 2. 80412B 廣泛性全子宮切除：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。
 3. 子宮頸癌全子宮根治術（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，（申報時須附病理報告，手術紀錄等資料）。
 4. 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。
- (五) 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)
- (六)申報人工流產之條件：
1. 非治療需要之人工流產係指下列項目以外之人工流產。
 - (1)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。
 - (2)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。
 - (3)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。
 - (4)有醫學上之理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

(5)不完全性流產、不可避免之流產、死胎流產等病態性流產。

2.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。

(七)驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

(八)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)

(九)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。至於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)

(十)有關陰道分泌物檢查其區別如下：

1. 13006C：由陰道所採之分泌物如白帶等。

2. 16007C：經由穿刺所取得之分泌物。

(十一)「子宮肌瘤切除術」及「緊急狀況下施行子宮切除術」診所跨表申報原則：

1. 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。

2. 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

(80404B)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。

3. 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)

(十二)剖腹產的適應症如下：

1. Fetal distress(需附胎兒監視器報告)。
2. Failure to progress in active labor(產程進展不良)。
3. APH(placenta previa, abruptio placenta)(產前出血)。
4. Malpresentation (including twin with malpresentation)(胎位不正)。
5. Cord prolapse(臍帶脫垂)。
6. Induction failure(催生失敗者)。
7. Active genital herpes(生殖道疱疹者)。
8. 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，僅得以自然生產項目申報。
9. Previous uterine surgery(先前有子宮手術者)。
10. Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata, diffuse(陰部或陰道長尖形濕疣)。
11. Treatable fetal anomalies(e.g. gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly)(胎兒先天不正常可治療者)。
12. Preeclampsia with(子癩前症)：
 - (1)uncorrectable severe preeclampsia。
 - (2)HELLP syndrome。(106/1/1)
 - (3)eclampsia。(106/1/1)

13. Extremely premature fetus < 1500gm(限有 NICU 設備者)。(嬰兒體重<1500公克)
14. Pelvic deformity (Sequel of poliomyelitis or traffic accident, etc.)(骨盤畸型)。(106/1/1)
15. Fetal macrosomia (>4000gm EBW)(胎兒超音波預估體重過重>4000公克)。(106/1/1)
16. Cephalopelvic disproportion (CPD)(胎頭骨盆不對稱)。
17. Obstructive labor (e.g. myoma, ovarian tumor)。(阻塞性生產，如子宮肌瘤或卵巢腫塊) (106/1/1)
18. Major medical complications(主要內科併發症)。
19. 經診斷為 HIV(+)者。(98/8/1)
20. 其他特殊適應症，但須詳細說明。(98/8/1) (106/1/1)

(十三)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。

(十四)刪除(101/2/1)

(十五)刪除(101/2/1)

(十六)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。

(十七)施行胎心音監視檢查(18013C、18014C)，其適應症及相關規定分別為：

適應症：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。

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。

申報費用時請檢附胎心音監視報告。

(十八)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。

(十九)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。

(二十)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。

(二十一)刪除。(106/1/1)

(二十二)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)

(二十三)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)

(二十四)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)

(二十五)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申報規定：

1. 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)

2. 婦科手術(ATH, VTH…)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報一次為原則。

(二十六)子宮、陰道及外陰之發炎，門診口服抗微生物製劑使用以一種為原則，得併用陰道塞劑或藥膏。(99/4/1)

(二十七)產檢申報超音波檢查之原則：(97/5/1)

1. 若因疾病必需施行超音波檢查，不應以產檢項目申報。
2. 產檢合併疾病申報時須有適應症。(106/1/1)
3. 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。

(二十八)治療性流產手術審查原則：

1. 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。
2. 住院安胎失敗者，可施行子宮頸擴張刮除術(D&C)手術。
3. 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)
4. 須附病理報告。(106/1/1)

(二十九)申報懷孕試驗，須於檢送之病歷記載結果。(106/1/1)

(三十)同一病灶拆線時，不可同時申報換藥費用。

(三十一)有早產之虞須以宮縮緩解劑注射治療者，可收容住院，唯需檢附胎心音監視報告。

(三十二)刪除(102/3/1)

(三十三)產檢申報原則：

1. 產前檢查給付十次，其時程分為三階段，給付時程可彈性辦理。
 - (1)17週之前：給付二次。
 - (2)17至29週：給付二次。
 - (3)29週以後：給付六次。
2. 應避免上述同一階段有超次的情形。

3. 刪除(99/4/1)

(三十四)1. 骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下：

- (1) 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。
- (2) 無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。

(102/3/1)

2. 陰道灌洗必須記載於病歷內。(100/1/1)

(三十五)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)

(三十六)產後出血處置(55015C)病歷應詳實記載及說明理由。(97/5/1)

(三十七)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)

(三十八) 1. 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)

2. 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。(104/1/1)(106/1/1)

(三十九) 抹片 ASCUS(含)以上，得進行陰道鏡檢查，附加之子宮頸切片及 ECC 得另行申報。(104/1/1)(106/1/1)

(四十) 電燒或是雷射治療 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，並有麻醉記錄。(104/1/1)(106/1/1)

(四十一) CA-125 (EIA) 之審查：(106/1/1)

1. 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。每三個月申報一次，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。
2. 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。每六個月抽血一次。

六、骨科審查注意事項

- (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)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)
- (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、泌尿科審查注意事項

(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)○·五公分以上或輸尿管結石小於○·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、耳鼻喉科審查注意事項

- (一)因情況需要同時行兩種以上處置時，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節通則規定辦理，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)
- (二)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。如申報案件數異常，審查醫藥專家應加強審核。鼻填塞物取出，可以申報54023C項。(102/3/1)
- (三)濕氣吸入治療(57007C)，應慎選個案施行；列報蒸氣或噴霧吸入治療—每次(57021C)之適應症為電療中或後、急性聲帶炎、喉部癌症及鼻填塞中之病患。
- (四)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之規定辦理。(同一手術視野不同刀口，同類手術)(101/2/1)(102/3/1)
- (五)中耳炎、扁桃腺炎及鼻竇炎之手術，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。
- (六)申報耳鼻喉局部治療【耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸(54019C)、耳鼻喉局部治療-傷口處置及換藥(54027C)、耳鼻喉局部治療—耳部雙側膿或痂皮之取出或抽吸(54037C)、耳鼻喉局部治療—耳部雙側傷口處置及換藥(54038C)】，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，且須在有膿汁與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，且僅能擇一申報，並須於病歷上詳細記錄檢查所見及繪圖備

查。單純局部噴灑藥物或塗藥，包含於基本診療費內，不另支付。

(99/4/1) (100/1/1) (102/3/1)

(七)刪除(101/2/1)

(八)施行下鼻甲手術之申報原則如下：(97/5/1)

1. 以二氧化碳雷射施行下鼻甲手術以鼻雷射手術(65072B)或比照黏膜下透熱法(65074C)項目申報。同病人一年以1次為限；其手術後傷口處置及換藥 Wound treatment and change dressing (54027C) 局部處置，一個月申報不得大於5次(含5次)。(99/4/1)
2. 以紅外線黏膜下電燒灼施行下鼻甲手術以黏膜下透熱法(65074C)項目申報。
3. 以一般電燒灼(表面)行下鼻甲手術以鼻甲電燒灼(65003C)項目申報。

(九)耳鼻喉科抽審案件需附治療前後相關之實體病歷影本，以供審查。

(十)1. 平衡檢查(VFT)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)

2. 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，須記錄眼振的方向、頻率、持續期間。

備註：

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)

3. 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。

備註：

1. 若部分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，可只作前面部分（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)
2. 若病情穩定，兩次檢查之間隔需至少三個月，若有病情加重或病情變化需要再追蹤則不在此限。

(十一)刪除(102/3/1)

- (十二)1. 申報 IgE 檢驗件數異常且多為老年案件者應嚴審；如為20歲以上之個案，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。(100/1/1)
2. 有關申報免疫球蛋白 E IgE(12031C)檢驗項目之審查，參照兒科審查注意事項(七)2. 規定。(102/3/1)
3. 每月每一家基層醫療院所申報案件以不超過五件為原則且陽性率不宜低於60%，超過五件或陽性率低於80%者應嚴審。

(十三)過敏性鼻炎患者開立鼻噴劑以一個月一瓶為原則，初診患者得若併用口服抗組織胺以14天為原則，超過此劑量者加強審查；送審資料應檢附前幾個月病歷以瞭解口服藥品使用情形，如初診病患逕行開立噴劑則應在病歷上記載之前於其他院所之用藥情形，否則加強審查。(97/5/1)(100/1/1)

(十四)內視鏡(如喉鏡、鼻咽鏡)檢查應檢附完整報告及繪圖送審，依適應症專業認定適當性，未附者不予支付。(97/5/1)

九、眼科審查注意事項

(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，但鼻側及顛側同時存在者(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 carbamylcholine 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：裂隙燈檢查、眼壓、眼底裂孔定位檢查，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。

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 Angiography)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九〇〇〇六一二七號函)
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)

(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。
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 $\geq 2.0D$ ，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限申報乙次為原則。(中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇〇六一二七號函)
- (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, Posner-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：黃斑部疾病診斷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)

(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)

十、皮膚科審查注意事項

(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($>2\text{cm}^2$)，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($\leq 1\text{cm}^2$)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($>1\text{cm}^2$ 且 $\leq 2\text{cm}^2$)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)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。
- (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)經特異過敏原免疫檢驗(30022C)後發現病患為過敏性疾病，其後續的治療及診斷應列入評估。

實施免疫球蛋白 IGE(12031C)、嗜酸性白血球數 (08010C)若其中一項為異常，方得執行過敏原定量檢查(30022C)。(95/12/1)

(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)

十一、神經內科審查注意事項

(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20013B(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)

(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、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、帕金森氏症、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、神經外科審查注意事項

- (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)】(57017B、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。
- (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 recurrent ICH 或 complication 則只能給付 1 / 2。
 2. Spinal stenosis 若作 Laminectomy(多節)【椎弓切除術(減壓)一超過二節】(83003C)【椎弓切除術(減壓)一二節以內】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、精神科審查注意事項

- (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)

十四、復健科審查注意事項

(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51018B 或51019B 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、放射線科審查注意事項

(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。

十六、病理科審查注意事項

- (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 SNOMED 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、麻醉科審查注意事項

- (一) 麻醉中(局部麻醉除外)使用動脈血氧飽和監視器(Pulse Oximeter)(57017B)，每一病例給付一次。
- (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九〇〇〇六一二七號函)
- (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九〇〇〇六一二七號函)

- (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 删除(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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 可自行從床上坐起來，但移位時仍需別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。				
四、 上廁所	10 5 0	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 需它人幫忙。				
五、 洗澡	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成（不論是盆浴或淋浴）。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。				
六、 行走於平地 上	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的扶持或口頭指導方可行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙推輪椅。				
七、 上下樓梯	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯（允許抓扶手、用拐杖）。 <input type="checkbox"/> 需要稍微幫忙或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。				
八、 穿脫衣服	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。				
九、 大便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁，（每週不超過一次）或使用塞劑時需人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需別人處理。				
十、 小便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 删除(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 身分證編號	出生年月日 年齡	透析日期 EPO 劑量	透析日期及注射紀錄															EPO 總 量	檢驗						BUN 或 Ccr 值	備註
	年	月	日				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 $Ccr \leq 5ml/min$ 血清 $Cr \geq 8mg/dl$

2. 相對適應症：重度慢性腎衰竭且 $Ccr \leq 15ml/min$ 或血清 $Cr \geq 6mg/dl$ ，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、抽搐或末梢神經病變

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	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)					
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		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)						
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°C				
< 3M		>38°C			
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°C)					
不分年齡	<32°C				
< 3M		32°C - 36°C			
> 3M		32°C - 35°C 【備註4】			

備註：

- 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。
- 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。
- 體溫過低之定義為中心體溫 <35°C，中心體溫<32°C歸為一級，小於三個月之嬰兒< 36°C歸為二級。
- 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°C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)

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
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	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
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	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)					
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		*			

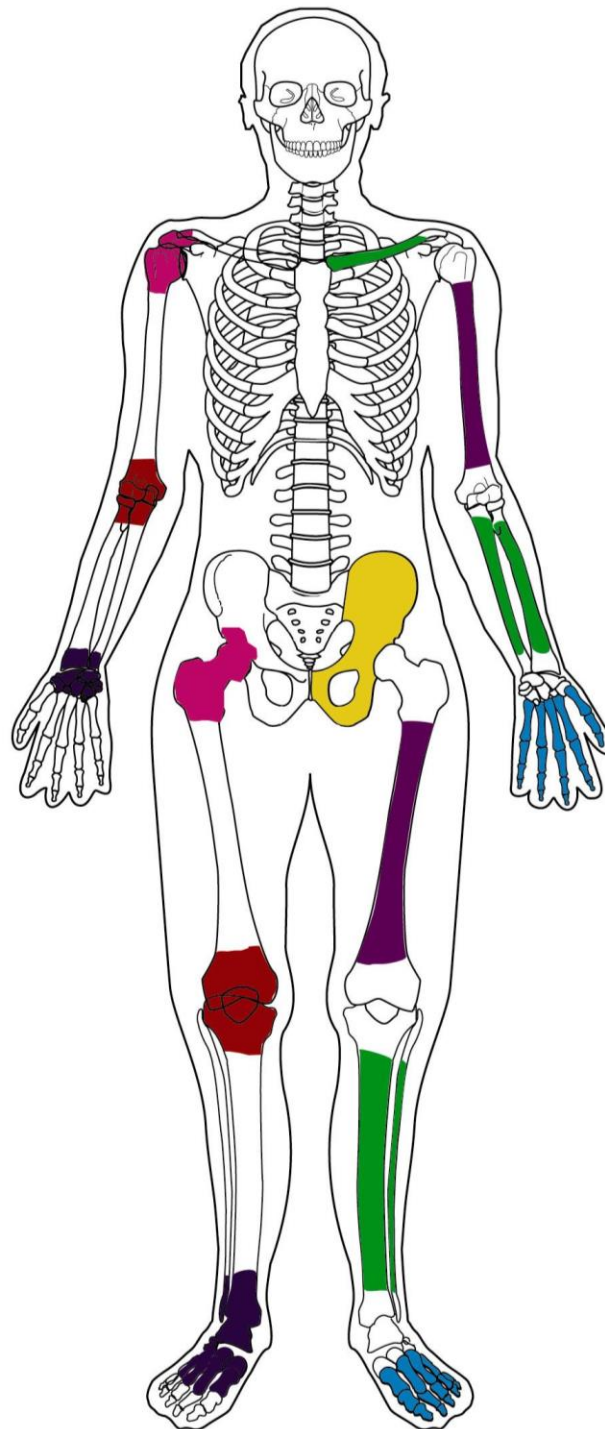
說明：

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 删除(102/3/1)

附表十一 删除(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。

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	12個月
2. 偏癱	
(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	12個月
2. 四肢癱	
(五)截肢 amputation	2個月
1. BK 或 BE	3個月
2. AK 或 AE	
(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	1個月
3. 其他扭傷或挫傷	
(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	12個月
2. 四肢癱	
(十四)脊髓灰質炎, 小兒麻痺 poliomyelitis	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)	6-9個月
2. 臂神經叢	
(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-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

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嗜睡, <input type="checkbox"/> 混淆, <input type="checkbox"/> 昏迷, <input type="checkbox"/> 對外界完全無反應, <input type="checkbox"/> 失智症, <input type="checkbox"/> 低智商, <input type="checkbox"/> 注意力不集中, <input type="checkbox"/> 情緒障礙, <input type="checkbox"/> 無法表達自己之意見, <input type="checkbox"/> 無法了解簡單之指令, <input type="checkbox"/> 較缺乏主動參與治療的意願, <input type="checkbox"/> 其他	1A 1B
2	關節活動度(ROM_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 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%)) <input type="checkbox"/> 全身關節, <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸椎, <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 其他	2A 2B 2C
3	肌肉力量、肌肉表現(MUSCLE_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全身虛弱 <input type="checkbox"/> 左上肢____級, <input type="checkbox"/> 左下肢____級, <input type="checkbox"/> 右上肢____級, <input type="checkbox"/> 右下肢____級, <input type="checkbox"/> 其他	3A、3B 3C、3D 3E、3F
4	感覺功能、疼痛(SEN_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 視覺障礙, <input type="checkbox"/> 聽覺障礙, <input type="checkbox"/> 前庭覺障礙, <input type="checkbox"/> 本體覺障礙, <input type="checkbox"/> 觸覺障礙 疼痛部位: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸部, <input type="checkbox"/> 腰部, <input type="checkbox"/> 胸部 其他異常: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 臉, <input type="checkbox"/> 口部	4A 4B
5	動作功能、平衡、姿勢與步態 (MOTOR_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 床上活動困難 <input type="checkbox"/> 轉位困難 <input type="checkbox"/> 坐之功能異常 <input type="checkbox"/> 站之功能異常 <input type="checkbox"/> 走不穩 <input type="checkbox"/> 上肢功能受限 <input type="checkbox"/> 姿勢或動作型態異常	5A

		<input type="checkbox"/> 其他	
6	運動能力、耐力(AERO_G)	<input type="checkbox"/> 多半時間在床上	6A、6B
		<input type="checkbox"/> 無法在自宅四周活動 <input type="checkbox"/> 無法在社區活動 <input type="checkbox"/> 其他	
7	維生系統、輔具與環境(Device)	<input type="checkbox"/> 備有輔具【寫1】；已有輔具，但使用不良【寫2】或需要輔具【寫3】 <input type="checkbox"/> 單拐， <input type="checkbox"/> 四腳拐， <input type="checkbox"/> 四腳助行器， <input type="checkbox"/> 有輪助行器， <input type="checkbox"/> 特殊推車， <input type="checkbox"/> 擺位輔具 <input type="checkbox"/> 輪椅， <input type="checkbox"/> 足踝裝具， <input type="checkbox"/> 膝踝足裝具， <input type="checkbox"/> 頸圈， <input type="checkbox"/> 束腹或背架， <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 環境協助【請打✓】 <input type="checkbox"/> 24小時需看護， <input type="checkbox"/> 部份時間需看護， <input type="checkbox"/> 出門困難， <input type="checkbox"/> 其他用品【請打✓】 <input type="checkbox"/> 氣切， <input type="checkbox"/> 鼻胃管， <input type="checkbox"/> 尿管， <input type="checkbox"/> 尿布， <input type="checkbox"/> 呼吸器， <input type="checkbox"/> 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 其他請註明：	7A
8	專科特殊檢查(SPEC_G)	<input type="checkbox"/> 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）

物理治療目標		物理治療計畫
家屬與病人期望： <input type="radio"/> 減低依賴度 <input type="radio"/> 具生活自理之能力 <input type="radio"/> 減少併發症 <input type="radio"/> 能出門活動 <input type="radio"/> 能恢復上學、上班或持家等角色 <input type="radio"/> 其他	治療師預期達成目標： <input type="radio"/> 減低依賴度 <input type="radio"/> 具生活自理之能力 <input type="radio"/> 減少併發症 <input type="radio"/> 能出門活動 <input type="radio"/> 能恢復上學、上班或持家等角色 <input type="radio"/> 其他	治療安排與項目： · 種類： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 其他 · 治療頻率：_____次／每週 · 每次治療時間：_____分鐘
<input type="checkbox"/> 促進病患之警覺性、注意力與認知能力 <input type="checkbox"/> 促進關節活動度 <input type="checkbox"/> 避免關節攣縮或變形 <input type="checkbox"/> 增加肌肉伸展度(Muscle flexibility) <input type="checkbox"/> 促進肌肉力量及表現 <input type="checkbox"/> 避免肌肉萎縮或肌力減退 <input type="checkbox"/> 促進感覺功能 <input type="checkbox"/> 教導適當處置方式以避免皮膚受傷害 <input type="checkbox"/> 減輕疼痛 <input type="checkbox"/> 增進下肢動作功能，包括： <input type="checkbox"/> 床上活動能力 <input type="checkbox"/> 轉位能力 <input type="checkbox"/> 平衡功能 <input type="checkbox"/> 行走功能 <input type="checkbox"/> 增進上肢動作功能及日常生活功能自理能力 <input type="checkbox"/> 增進動作發展或正確動作模式 <input type="checkbox"/> 促進有氧運動能力及耐力 <input type="checkbox"/> 輔具評估及建議 <input type="checkbox"/> 環境評估與促進環境整合、家屬教育等 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 提供正向、積極的學習環境或刺激 <input type="checkbox"/> 知覺認知訓練 <input type="checkbox"/> 被動/主動輔助性/主動關節運動 <input type="checkbox"/> 關節鬆動術(Joint mobilization technique) <input type="checkbox"/> 肌肉伸展運動/肌肉放鬆技巧 <input type="checkbox"/> 肌力增強訓練 <input type="checkbox"/> 電刺激 <input type="checkbox"/> 感覺處理技術 <input type="checkbox"/> 教導正確翻身/擺位技巧、自我皮膚檢查方法 <input type="checkbox"/> 儀器治療 <input type="checkbox"/> 教導日常生活正確姿勢與技巧 <input type="checkbox"/> 床上活動訓練 <input type="checkbox"/> 轉位訓練 <input type="checkbox"/> 輪椅活動訓練 <input type="checkbox"/> 坐姿/站姿姿勢矯正、靜/動態平衡訓練、坐◎站訓練 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 日常生活功能訓練，如：進食、梳洗、穿脫衣物、洗澡、如廁等 <input type="checkbox"/> 發展增進技術 <input type="checkbox"/> 誘發技術、反射抑制技術 <input type="checkbox"/> 動作(再)學習技巧、工作取向訓練、運用正確生物力學原則 <input type="checkbox"/> 動作協調訓練 <input type="checkbox"/> 腳踏車、跑步機、上肢運動器訓練 <input type="checkbox"/> 輔具處方及教導使用技巧 <input type="checkbox"/> 居家環境評估、環境調整建議、居家治療計畫之擬定與訓練 <input type="checkbox"/> 其他

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
<p>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。</p> <p>是否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 是否曾經接受過任何麻醉 (<input type="checkbox"/>全身麻醉 <input type="checkbox"/>硬脊膜外麻醉 <input type="checkbox"/>半身麻醉 <input type="checkbox"/>其他)</p> <p>2. 是否曾患以下的疾病</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臟病 (如心絞痛、心衰竭、高血壓)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肝臟病 (如肝炎、膽道結石等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腎臟病 (如腎炎、尿毒等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 血液病 (如貧血、白血病等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胸腔病 (如結核、氣喘等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腦血管病變 (中風)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤</p> <p>3. 目前是否有使用下列藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 止痛劑 (如阿斯匹靈)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗凝血劑</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗高血壓藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 利尿劑</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臟病藥物 (如救心等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗過敏或排斥藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 類固醇藥物 (包括中藥、黑藥丸等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 是否曾有藥物過敏狀況?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. 你或你家人中是否曾有異常出血情形 (如拔牙後流血不止)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. 目前是否已懷孕。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. 最近一週內有否感冒。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. 身上有否任何人造物體 (義眼、義肢、假牙：<input type="checkbox"/>固定 <input type="checkbox"/>活動)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. 是否有抽煙、嗜酒的情況?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. 是否有患癲癇、中風昏眩等。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. 是否有精神病史。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. 是否有家族性高體溫。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. 是否有其他疾病或身體不適需告知醫師，請說明 _____。</p>	<p>1. E. K. G. :</p> <p>2. X-ray :</p> <p>3. 生化檢查 :</p> <p>4. 其他 :</p>
	<p style="text-align: center;">麻醉專科醫師綜合意見</p> <p>麻醉危險分級 (ASA) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI</p> <p>是否為急診手術 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>麻醉方式</p> <p><input type="checkbox"/> 96004C 靜脈或肌肉麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96005C 硬脊膜外麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96007C 脊髓麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96011C 臂神經叢阻斷術 (含 i. v. regional)</p> <p><input type="checkbox"/> 96013C 尾椎麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96017C 面罩式全身麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 96020C 插管全身麻醉</p> <p>麻醉醫師簽章： _____</p> <p>麻醉專科醫師證號：麻專醫字第 _____ 號</p>

姓名	SEX	HT	医院麻醉科记录										DATE	OR()			
病歷號	AGE	WT.											ANESTHESIOLOGIST				
科別 床號	NPO	Y/N	SURGEON					ANESTHETIC NURSE					PRE-OP CONDITION				
ASA 1 2 3 4 5 6	A. B O AB	RH +/-	PROCEDURE														
PRE-OP DX																	
ANES METHOD																	
INTUBATION S. # C. X. A. B. F. L. cm N. O. D. T.	AGENTS	N2O O2															
PREMEDICATION																	
INDUCTION	FLUID																
	EBL																
	URINE																
	SpO2																
	ETCO2																
	TIME																
	BP	°C															
	HR	38															
	BT	36	200														
	ANESX	34															
		32															
	IN-/	30	150														
	Exiube																
	^/v																
	OP	100															
	BP																
	/																
	mmHg																
	HR	50															
		SPONT															
		ASSIT															
		/min	CONTL														
TOTAL INTAKE																	
	REMARK																
	POSITION																
CRYSTALLOID	cc	TV/RR															
COLLOID	cc	PEAK AWY															
WHOLE BLOOD	u	CVP															
PACK RBC	u																
PLATELET	u	PH															
FFP	u	PO2															
		PCO2															
		BE															
		Na/K															
		Ca															
TOTAL OUTPUT		Hct															
		SUGAR															
		COMMAND															
BLOOD LOSS	cc																
URINE	cc																
NG	cc																
OTHER																	
麻醉專科醫師簽章																	

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	J20-J21	急性支氣管炎 Acute Bronchitis	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
	485	J18	支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified	
	465	J06	急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection	
	493	J45	氣喘Asthma	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

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)
			after ESWL)	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噁吐無法進食者
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
08	401 402	I10 I11	自發性高血壓 Essential Hypertension 高血壓性心臟病 Hypertensive Heart	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

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 臙內損傷 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10x5公分者 ②產生Rhabdomyolysis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 删除(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 删除(99/7/1)

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	$\geq 9.0\text{mg/dl}$	$\leq 7.0\text{mg/dl}$	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	\geq 正常值	$\leq 5\text{ mg/dl}$	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（ $\leq 5\text{ mg/dl}$ ），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
 *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3x5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第三十九條）。

（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。

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，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）
(104/1/1)

（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)

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)、巡迴醫療區及矯正機關執行醫療服務無X光設備者，其根管治療得準用前項(免附X光片)之規定。

矯正機關執行醫療服務，無X光設備者，以1年為免附X光片之過

渡期（註：實施期間至103年12月31日止）。(103/6/1) (103/8/1)

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，以給付最低點數之處置項目及同一療程內執行面數申報，且申報面數最高以三面為限。

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 90007Cx1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）

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及拆線（92005C）為同一療程。

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）、因拔牙後牙齒矯正引起牙齒移位，申報牙位之認定及支付原則如下：

- （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)

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 (angiotensin converting 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
唾液腺核醫掃描 (sialoscintigraphy)	檢查唾液腺功能和位置的工具
超音波(ultrasound)、電腦斷層掃描(CT)或核磁共振掃描(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
鎩同位素核醫掃描 (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 S S 、H I V 、H C V 、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
*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、開放性骨折之整復、黑斑、雀斑、斜視、老花、散光、白髮、近視、非病態減肥及三伏貼等不得申報。(98/10/1)

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一同療程第一次就醫 (B61) 申報，同療程2-6次以脫臼整復費一同療程複診，另開內服藥 (B62) 或脫臼整復費一同療程複診，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)