

「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分修正規定對照表

111.5.2生效

For(分章節)網頁更新

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>全民健康保險醫療費用審查注意事項</p>	<p>全民健康保險醫療費用審查注意事項</p>
<p>第一部 醫院醫療費用審查注意事項</p> <p>中央健康保險局84年9月19日健保審字第84016569號函 中央健康保險局85年2月16日健保審字第85001960號函 中央健康保險局86年1月4日健保審字第86000060號函 中央健康保險局87年4月15日健保審字第87007495號函 中央健康保險局89年6月9日健保審字第89015284號函 中央健康保險局91年12月20日健保審字第0910023538號函公告 中央健康保險局93年4月7日健保審字第0930068296號函公告修正 中央健康保險局94年2月25日健保審字第0940068620號函公告修正 中央健康保險局95年1月9日健保審字第0940069098號函令修正 中央健康保險局95年7月7日健保審字第0950068550號函令修正 中央健康保險局96年3月12日健保審字第0960062072號函令修正 中央健康保險局97年4月1日健保審字第0970012154號函令修正 中央健康保險局97年4月16日健保審字第0970012203號函令修正 中央健康保險局97年7月18日健保審字第0970012454號函令修正 中央健康保險局98年2月12日健保審字第0980032057號函令修正 中央健康保險局98年6月18日健保審字第0980095034號函令修正 中央健康保險局98年12月14日健保審字第0980095828號函令修正 中央健康保險局99年2月25日健保審字第0990074102號函令修正 中央健康保險局99年5月31日健保審字第0990051357號函令修正 中央健康保險局99年12月6日健保審字第0990082225號函令修正 中央健康保險局100年3月29日健保審字第1000075057號函令修正 中央健康保險局100年10月3日健保審字第1000075850號函令修正 中央健康保險局101年1月6日健保審字第1010074718號函令 中央健康保險局101年4月11日健保審字第1010075126號函令 中央健康保險局101年6月14日健保審字第1010075422號函令 中央健康保險局102年2月7日健保審字第1020034874號函令 衛生福利部中央健康保險署102年7月18日健保審字第1020035689號函令 衛生福利部中央健康保險署102年7月31日健保審字第1020035787號函令 衛生福利部中央健康保險署103年4月28日健保審字第1030035320號函令 衛生福利部中央健康保險署103年7月3日健保審字第1030035693號函令 衛生福利部中央健康保險署103年12月3日健保審字第1030036475號函令 衛生福利部中央健康保險署104年6月26日健保審字第1040035724號函令 衛生福利部中央健康保險署104年11月30日健保審字第1040036706號函令 衛生福利部中央健康保險署105年12月12日健保審字第1050080727號函令 衛生福利部中央健康保險署106年1月11日健保審字第1060081002號函令 衛生福利部中央健康保險署106年4月17日健保審字第1060081061號函令 衛生福利部中央健康保險署106年5月15日健保審字第1060081078號函令 衛生福利部中央健康保險署106年7月14日健保審字第1060081104號函令 衛生福利部中央健康保險署106年8月15日健保審字第1060081114號函令 衛生福利部中央健康保險署106年8月24日健保審字第1060081125號函令 衛生福利部中央健康保險署106年11月14日健保審字第1060081152號函令 衛生福利部中央健康保險署106年12月25日健保審字第1060081164號函令 衛生福利部中央健康保險署107年5月17日健保審字第1070035290號函令 衛生福利部中央健康保險署108年2月11日健保審字第1080034843號函令 衛生福利部中央健康保險署109年3月23日健保審字第1090034829號函令 衛生福利部中央健康保險署109年4月21日健保審字第1090035220號函令 衛生福利部中央健康保險署110年5月14日健保審字第1100034925號函令 衛生福利部中央健康保險署111年5月2日健保審字第1110670081號函令</p> <p>*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日</p>	

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>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</p> <p>一、一般原則：</p> <p>(三十一)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準涉及以重量、長度區分支付點數之項目，有手術紀錄者，以手術紀錄內容之組織重量或長度，作為支付之依據。(111/5/2)</p> <p>1.依腫瘤大小支付者，病歷應檢附術前有量尺比對的照片。 2.病理報告除描述手術切塊大小外，應註明腫瘤實際大小。</p> <p>(三十四)免疫球蛋白 E (IgE)(12031C)、過敏原定性檢驗(30021C)及特異過敏原免疫檢驗(30022C)審查原則：(109/5/1) (111/5/2)</p> <p>1.申報 IgE 檢驗或過敏原定性檢驗(30021C)，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。 2.IgE (12031C)大於其標準值或過敏原定性檢驗(30021C)異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，<u>原則上</u>兩年內不得重複檢驗，並應於病歷明確記載開立該項檢驗之理由。 3.特異過敏原免疫檢驗(30022C)陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者應加強審查。</p> <p>(三十六)部份凝血活酶時間(08036C)，不符合下列情況，應加強審查：(111/5/2)</p> <p>1.出血傾向或凝血異常的鑑別診斷。 2.抗凝血劑治療效果的監控。</p> <p>(三十七)甲狀腺球蛋白抗體(12068C)檢查頻率：以1年檢查1次為原則。(111/5/2)</p> <p>(三十八)甲狀腺過氧化酶抗體(12134C)審查原則：(111/5/2)</p> <p>1.1年檢查1次為原則；如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。 2.孕婦可3個月檢查1次(甲狀腺低下者)。</p> <p>(三十九)穿刺細胞檢查(15007C)審查原則：以半年檢查1次為原則；如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。(111/5/2)</p> <p>(四十)DNA 抗體(12060C)審查原則：(111/5/2)</p> <p>1.符合下列情況：全身性紅斑狼瘡 SLE 之診斷，與病情監測及預後判斷指標。 2.檢查間隔1年以上為原則，如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。</p> <p>(四十一)B 型利納肽(B 型利納利尿肽)Pro-BNP(BNP)(12193C)審查原則：(111/5/2)</p> <p>1.符合下列情況：初次檢查具有理學症狀，且心電圖(或胸部 X 光)結果異常時，經臨床診斷為成人 Functional Class III 以上之心臟衰竭或心臟衰竭兒。 2.治療1-3個月後追蹤檢驗；病情穩定後，每6個月得檢</p>	<p>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</p> <p>一、一般原則：</p> <p>(三十一)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準涉及以重量、長度區分支付點數之項目，有手術紀錄者，以手術紀錄內容之組織重量或長度，作為支付之依據。</p> <p>(三十四)過敏原測試 MAST allergy test 審查原則：(109/5/1)</p> <p>1.申報 IgE 檢驗，<u>如為20歲以上之個案</u>，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度，<u>申報件數異常且多為老年案件者應嚴審</u>。 2.<u>除年齡、嗜酸性白血球數考量外或 IgE (12031C)大於其標準值或過敏原檢驗(定性)(30021C)異常時</u>，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，<u>以兩年內未實施者為原則</u>。 3.陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者應嚴審。</p>

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p><u>驗1次。</u></p> <p><u>(四十二)輪狀病毒抗原(14026C)審查原則：(111/5/2)</u> <u>同一個病人以1個月內執行1次，1年內至多執行5次</u> <u>為原則，若1年內超過5次，則加強審查。</u></p> <p><u>(四十三)超音波導引(19007C)及激痛點注射調理(39024B)原</u> <u>則不得合併申報，如有重要之神經或血管經過等特</u> <u>殊危險部位(如接近肺臟、神經或脊椎等)，得以超</u> <u>音波導引(19007C)定位，輔助判斷注射部位，惟須</u> <u>於病歷詳述必要性並檢附超音波影像報告。</u> <u>(111/5/2)</u></p> <p>二、各科審查注意事項： (二)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-內科</p> <p>5.其他注意事項： (33)睡眠多項生理檢查之審查原則： 甲、Total recording time，6小時。<u>(111/5/2)</u> 乙、睡眠多項生理檢查，應依病情需要慎選個案，並需檢附醫師及技術人員判讀簽名之報告。對檢查頻率及檢查結果為正常過多之醫療院所加強審查。 丙、報告內容應包含 total recording time、total sleep time、sleep efficiency、sleep onset latency、REM latency、sleep stages histogram、apnea-hypopnea index(AHI)(或 respiratory disturbance index，RDI)，periodic leg movement(及 index)，arousal(及 index)。 丁、CPAP 調壓檢查應有前次 PSG 報告(或病歷記載)，報告應包含 Titration Chart。CPAP 適用條件應符合下列條件其中之一： (1)AHI 值至少15/H 以上或 (2)AHI 值介於5~15/HR 且合併臨床症狀(白天過度嗜睡、認知功能受影響、情緒障礙或失眠及共病)或 (3)AHI 值介於5~15/HR 且合併共病症(高血壓、缺血性心臟病或腦中風病史)。 <u>戊、為符合人類正常生理，睡眠檢查非於夜間執行者應病歷詳細記載原因。(111/5/2)</u></p> <p>(三)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-外科</p> <p>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)(19007C)之區別：<u>(101/5/1) (111/5/2)</u> (3)超音波導引下組織切片(19007C)，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。<u>(111/5/2)</u></p> <p>48.<u>(刪除)。(111/5/2)</u></p>	<p>二、各科審查注意事項： (二)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-內科</p> <p>5.其他注意事項： (33)睡眠多項生理檢查之審查原則： 甲、Total recording time，6小時(MSLT 除外)。 乙、睡眠多項生理檢查，應依病情需要慎選個案，並需檢附醫師及技術人員判讀簽名之報告。對檢查頻率及檢查結果為正常過多之醫療院所加強審查。 丙、報告內容應包含 total recording time、total sleep time、sleep efficiency、sleep onset latency、REM latency、sleep stages histogram、apnea-hypopnea index(AHI)(或 respiratory disturbance index，RDI)，periodic leg movement(及 index)，arousal(及 index)。 丁、CPAP 調壓檢查應有前次 PSG 報告(或病歷記載)，報告應包含 Titration Chart。CPAP 適用條件應符合下列條件其中之一： (1)AHI 值至少15/H 以上或 (2)AHI 值介於5~15/HR 且合併臨床症狀(白天過度嗜睡、認知功能受影響、情緒障礙或失眠及共病)或 (3)AHI 值介於5~15/HR 且合併共病症(高血壓、缺血性心臟病或腦中風病史)。</p> <p>(三)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-外科</p> <p>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：<u>(101/5/1)</u> (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。</p> <p>48. <u>病態型肥胖實施減重手術(如胃隔間術72035B、72041B 腹腔鏡胃間隔術…等)應符合下列各項條件：(109/5/1)</u> <u>(1)BMI(body mass index)身體質量指數$\geq 37.5\text{Kg/m}^2$；BMI $\geq 32.5\text{Kg/m}^2$合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病患者其糖化血色素經內科治療後仍$\geq 7.5\%$、高血壓、</u></p>

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>(六)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-骨科</p> <p>11.骨科急診手術限:</p> <p>(1)長骨 multiple fracture(2 components 以上)。</p> <p>(2)open fracture 應註明嚴重度及照片加以說明。</p> <p>(3)pediatric fracture<u>18歲以下</u>。(111/5/2)</p> <p>(4)complications 如 neuro vascular injury visceral organ injury infections etc。</p> <p>(5)joint fracture or joint dislocation 急診無法復位需行內固定者(101/2/1)。</p> <p>(6)special condition 如<u>60歲以下</u>之 femoral neck fracture 需施行骨折復位固定術者及脊椎不穩定骨折等方可申報急診加成。(111/5/2)</p> <p>(八)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科</p> <p>100904耳科檢查</p> <p>100904022前庭平衡檢查 VFT (22017C): 包括自發眼振、頭位眼振、頭位變換眼振、搖頭眼振檢查、姿勢反射檢查、四肢偏倚檢查、踏步測驗、單腳站立測驗, Nann 氏測驗、Romberg 測驗, 主要檢測前庭眼反射、前庭脊髓反射。VFT 檢查應依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表上之規定項目。(102/3/1) (109/5/1) (111/5/2)</p> <p>100904050 若病情穩定, 前庭平衡檢查(VFT)、內耳溫差測驗、眼振圖檢查, 兩次檢查之間隔需至少三個月, 若有病情加重或變化需要再追蹤則不在此限。(103/6/1) (106/8/1) (111/5/2)</p> <p>100906耳鼻喉、頭頸外科處置</p> <p><u>100906122其他耳鼻喉囊腫之穿刺或引流(54043C) (111/5/2)</u></p> <p><u>100906122-01 用於下列症狀:</u></p> <p>a. 甲狀腺囊腫或膿瘍(Thyroid gland cyst or abscess)。</p> <p>b. 甲狀舌骨囊腫或膿瘍(Thyroglossal duct cyst or abscess)。</p> <p>c. 唾液腺囊腫或膿瘍(Salivary gland cyst or abscess)。</p> <p>d. 感染性淋巴結(Lymph node)。</p> <p>e. 耳前瘻管或膿瘍(Preauricular cyst or abscess)。</p> <p>f. 耳廓假性囊腫(Auricular pseudocyst or hematoma)。</p> <p>g. 其他頸部不明感染性腫塊(Mass)之穿刺及引流。</p> <p><u>100906122-02 應附詳細的病歷記錄及繪圖說明。</u></p>	<p><u>呼吸中止症候群等。(109/5/1)(110/6/1)</u></p> <p><u>(2)甲、須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。(109/5/1)</u></p> <p><u>乙、年齡在20~65歲間。(109/5/1)</u></p> <p><u>丙、無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。</u></p> <p><u>丁、無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。</u></p> <p><u>戊、精神狀態健全, 經由精神科專科醫師會診認定無異常。</u></p> <p>(六)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-骨科</p> <p>11.骨科急診手術限<u>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</u>之 femoral neck fracture 及脊椎不穩定骨折等方可申報急診加成。</p> <p>(八)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科</p> <p>100904耳科檢查</p> <p>100904022平衡檢查 VFT (22017C): 包括自發眼振、頭位眼振、頭位變換眼振、搖頭眼振檢查、姿勢反射檢查、四肢偏倚檢查、踏步測驗、單腳站立測驗, Nann 氏測驗、Romberg 測驗, 主要檢測前庭眼反射、前庭脊髓反射。VFT 檢查應依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表上之規定項目。(102/3/1) (109/5/1)</p> <p>100904050 若病情穩定, 平衡檢查(VFT)、內耳溫差測驗、眼振圖檢查, 兩次檢查之間隔需至少三個月, 若有病情加重或變化需要再追蹤則不在此限。(103/6/1) (106/8/1)</p> <p>100906耳鼻喉、頭頸外科處置</p>

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>(十二) 醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件 醫療費用審查注意事項-神經外科</p> <p>18.神經分離術(Neurolysis, 83030B、83089B、83090B)： (106/12/1) (111/5/2)</p> <p>(1)指周邊神經因<u>下列情況</u>所施行神經分離減壓手術： <u>甲、指周邊神經因受到壓迫、外傷(受傷大於1.5個月)、</u> <u>或手術導致神經本身斷裂、損傷。</u> <u>乙、其他原因造成結疤組織及神經沾黏。</u></p> <p>(2)應檢附手術中神經分離前、後照片。</p> <p>(3)除指神經 digital nerve 及腫瘤之外，應檢附神經傳導檢查(NCV 或 NCS)或肌電圖(EMG)報告。</p> <p>(4)急性神經損傷(損傷在1.5月內)、第一次施行腕隧道手術不得申報。</p>	<p>(十二) 醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 案件 醫療費用審查注意事項-神經外科</p> <p>18.神經分離術(Neurolysis, 83030B、83089B、83090B)： (106/12/1)</p> <p>(1)指周邊神經因<u>受到壓迫或外傷導致沾黏而</u>施行的神經分離減壓手術。</p> <p>(2)<u>手術時間約2~6小時</u>，應檢附 NCV/EMG 報告。</p>
<p>(十五) 醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件 醫療費用審查注意事項-放射線科</p> <p>108202腫瘤放射治療</p> <p>108202010腫瘤放射治療檢附文件</p> <p>108202010-03 36002B 驗證片(每張)：為每一放射治療計畫治療前之品管驗證片，每一療程以申報一次為原則，惟數量以實際照野術數量申報，申報數量以最高6次為宜(<u>如符合108203072的原因而為之治療，得以8次為限</u>)。(108/3/1) (111/5/2)</p> <p>108202010-05 36021C(3D 電腦斷層模擬攝影)、36015B(電腦治療規劃-複雜)、37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野)與36002B(驗證片)於同一療程以申報一次為宜，其中37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野)與36002B(驗證片)以實際照野術數量申報，申報數量以最高6次為宜(<u>如符合108203072的原因而為之治療，得以8次為限</u>)；如有特殊理由必須執行第二次治療計畫時(如照射靶區形狀改變或體型改變過大等)，應提出治療計畫，上述項目於同一療程得申報二次，37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野)、36002B(驗證片)申報數量原則同第一次療程。(108/3/1) (111/5/2)</p> <p>108203體外遠隔放射治療(109/5/1)</p> <p>108203022<u>積極性放療(C)</u>審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於以<u>治癒為目的之積極性</u>放射治療(curative intent)，配合現行健保申報欄位應記載為 C。 (111/5/2)</p> <p>108203032<u>複雜緩和性放療(Ph)</u>審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於放射治療可望延長生命並提升生活品質者。配合現行健保申報欄位應記載為 Ph。 (111/5/2)</p> <p>108203042<u>簡單緩和性放療(PI)</u>審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。 (111/5/2)</p> <p>108203052<u>一般緩和性放療(Pm)</u>審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於非屬 Ph</p>	<p>(十五) 醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件 醫療費用審查注意事項-放射線科</p> <p>108202腫瘤放射治療</p> <p>108202010腫瘤放射治療檢附文件</p> <p>108202010-03 36002B 驗證片(每張)：為每一放射治療計畫治療前之品管驗證片，每一療程以申報一次為原則，惟數量以實際照野術數量申報，申報數量以最高6次為宜。(108/3/1)</p> <p>108202010-05 36021C(3D 電腦斷層模擬攝影)、36015B(電腦治療規劃-複雜)、37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野)與36002B(驗證片)於同一療程以申報一次為宜，其中37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野)與36002B(驗證片)以實際照野術數量申報，申報數量以最高6次為宜；如有特殊理由必須執行第二次治療計畫時(如照射靶區形狀改變或體型改變過大等)，應提出治療計畫，上述項目於同一療程得申報二次，37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野)、36002B(驗證片)申報數量原則同第一次療程。(108/3/1)</p> <p>108203體外遠隔放射治療(109/5/1)</p> <p>108203022放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於以<u>治癒性</u>放射治療(curative intent) <u>為目的者</u>，配合現行健保申報欄位應記載為 C。</p> <p>108203032 Ph 審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於放射治療可望延長生命並提升生活品質者。配合現行健保申報欄位應記載為 Ph。</p> <p>108203042 PI 審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。</p> <p>108203052 Pm 審查原則：放射治療之總劑量應依據相關癌症/放射治療共識等常規進行。對於非屬 Ph 或 PI 的緩和性</p>

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>或 PI 的緩和性放射治療(palliative intent)為目的之患者。 <u>(111/5/2)</u></p> <p>108203062對於同時期以多個治療計畫治療多個照野時，得同時加總合併申報。每人日之治療照野數申報原則依據實際治療照野數和前述原則來核付，惟每人日超過6個時以每人日6個照野數來核付。<u>而同時定位以多個治療計畫治療多個照野時，其36021C(3D電腦斷層模擬攝影)之申報原則限乙次，36015B(電腦治療規劃--複雜)申報原則依據實際治療計畫數申報，37046B(多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野)與36002B(驗證片)申報原則依據實際治療照野數和前述原則來核付，惟每人日超過6個時以每人日6個照野數來核付。(109/5/1)(111/5/2)</u></p> <p>108203072符合以下情形，每人日之治療照野數申報原則依據實際治療照野數來核付，惟每個治療計畫超過8個時(弧形治療亦比照)以每人日最高8個照野數來核付(限以C或Ph為治療目的，且ECOG為0~2分)。(109/5/1) <u>(111/5/2)</u></p> <p><u>(1)針對實施顱部併脊髓放射(craniospinal irradiation)治療者。</u> <u>(2)同時實施雙側(乳房或胸壁)照射者。</u> <u>(3)同時實施原發部位為頭頸部癌症和食道癌之聯合放射治療。</u> <u>(4)治療標的為心臟或腎臟。</u></p>	<p>放射治療為目的(palliative intent)之患者。</p> <p>108203062對於同時以多個治療計畫治療多個照野時，得同時加總合併申報。每人日之治療照野數申報原則依據實際治療照野數和前述原則來核付，惟每人日超過6個時以每人日6個照野數來核付。(109/5/1)</p> <p>108203072針對實施顱部併脊髓放射(craniospinal irradiation)治療者、或是同時實施雙側(乳房或胸壁)照射者，或是同時實施原發部位為頭頸部癌症和食道癌之聯合放射治療，以上情形每人日之治療照野數申報原則依據實際治療照野數來核付，惟每個治療計畫超過8個時(弧形治療亦比照)以每人日8個照野數來核付。(109/5/1)</p>
<p>第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項</p> <p>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</p>	

修正後審查注意事項規定

衛生福利部中央健康保險署104年6月26日健保審字第1040035724號函令
衛生福利部中央健康保險署104年11月30日健保審字第1040036706號函令
衛生福利部中央健康保險署105年12月12日健保審字第1050080727號函令
衛生福利部中央健康保險署106年1月11日健保審字第1060081002號函令
衛生福利部中央健康保險署106年7月14日健保審字第1060081104號函令
衛生福利部中央健康保險署106年8月15日健保審字第1060081114號函令
衛生福利部中央健康保險署106年11月14日健保審字第1060081152號函令
衛生福利部中央健康保險署106年12月25日健保審字第1060081164號函令
衛生福利部中央健康保險署108年2月11日健保審字第1080034843號函令
衛生福利部中央健康保險署109年3月23日健保審字第1090034829號函令
衛生福利部中央健康保險署110年5月14日健保審字第1100034925號函令
衛生福利部中央健康保險署111年5月2日健保審字第1110670081號函令

*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：

二十五、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準涉及以重量、長度區分支付點數之項目，有手術紀錄者，以手術紀錄內容之組織重量或長度，作為支付之依據。(106/12/1) (111/5/2)

(一)依腫瘤大小支付者，病歷應檢附術前有量尺比對的照片。

(二)病理報告除描述手術切塊大小外，應註明腫瘤實際大小。

二十七、免疫球蛋白 E (IgE)(12031C)、過敏原定性檢驗(30021C)及特異過敏原免疫檢驗(30022C)審查原則：(108/3/1) (111/5/2)

(一)申報 IgE 檢驗或過敏原定性檢驗(30021C)，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。

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

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

三十、部份凝血活酶時間(08036C)，不符合下列情況，應加強審查：(111/5/2)

(一)出血傾向或凝血異常的鑑別診斷。

(二)抗凝血劑治療效果的監控。

三十一、甲狀腺球蛋白抗體(12068C)檢查頻率:以1年檢查1次為原則。(111/5/2)

三十二、甲狀腺過氧化酶抗體(12134C)審查原則:(111/5/2)

(一)1年檢查1次為原則；如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。

(二)孕婦可3個月檢查1次(甲狀腺低下者)。

三十三、穿刺細胞檢查(15007C)審查原則:以半年檢查1次為原則；如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。(111/5/2)

三十四、DNA 抗體(12060C)審查原則:(111/5/2)

原審查注意事項規定

壹、一般原則：

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

二十七、過敏原測試 MAST allergy test 審查原則：(108/3/1)

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

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

(三)陽性率不宜低於60%，陽性率低於80%者應嚴審。

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>(一)符合下列情況：<u>全身性紅斑狼瘡 SLE 之診斷，與病情監測及預後判斷指標。</u></p> <p>(二)<u>檢查間隔1年以上為原則，如有特殊情形，應敘明原因，核實申報。</u></p> <p><u>三十五、B 型利納肽(B 型利納利尿肽)Pro-BNP(BNP)(12193C)審查原則:(111/5/2)</u></p> <p>(一)符合下列情況：<u>初次檢查具有理學症狀，且心電圖(或胸部 X 光)結果異常時，經臨床診斷為成人 Functional Class III 以上之心臟衰竭或心臟衰竭病兒。</u></p> <p>(二)<u>治療1-3個月後追蹤檢驗；病情穩定後，每6個月得檢驗1次。</u></p> <p><u>三十六、輪狀病毒抗原(14026C)審查原則:(111/5/2)</u> <u>同一個病人以1個月內執行1次，1年內至多執行5次為原則，若1年內超過5次，則加強審查。</u></p> <p><u>三十七、超音波導引(19007C)及激痛點注射調理(39024B)原則不得合併申報，如有重要之神經或血管經過等特殊危險部位(如接近肺臟、神經或脊椎等)，得以超音波導引(19007C)定位，輔助判斷注射部位，惟須於病歷詳述必要性並檢附超音波影像報告。(111/5/2)</u></p> <p>貳、各科審查注意事項：</p> <p>六、西醫基層醫療費用審查注意事項-骨科</p> <p>(四)骨科急診手術限：</p> <ol style="list-style-type: none"> multiple fracture(2 components 以上)。 open fracture。 pediatric fracture<u>18歲以下</u>。(111/5/2) complications 如 neuro vascular injury visceral organ injury infections etc。 joint fracture or joint dislocation。(101/2/1) special condition 如<u>60歲以下</u>之 femoral neck fracture <u>需施行骨折復位固定術者及脊椎不穩定骨折</u>等方可申報急診加成。(111/5/2) <p>八、西醫基層醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科</p> <p>200905耳鼻喉、頭頸外科處置</p> <p><u>200905122其他耳鼻喉囊腫之穿刺或引流(54043C) (111/5/2)</u></p> <p><u>200905122-01 用於下列症狀:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>甲狀腺囊腫或膿瘍(Thyroid gland cyst or abscess)。</u> <u>甲狀舌骨囊腫或膿瘍(Thyroglossal duct cyst or abscess)。</u> <u>唾液腺囊腫或膿瘍(Salivary gland cyst or abscess)。</u> <u>感染性淋巴結(Lymph node)。</u> <u>耳前瘻管或膿瘍(Preauricular cyst or abscess)。</u> <u>耳廓假性囊腫(Auricular pseudocyst or hematoma)。</u> <u>其他頭部不明感染性腫塊(Mass)之穿刺及引流。</u> <p><u>200905122-02 應附詳細的病歷記錄及繪圖說明。</u></p>	<p>貳、各科審查注意事項：</p> <p>六、西醫基層醫療費用審查注意事項-骨科</p> <p>(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<u>年輕</u>人之 femoral neck fracture 等方可申報急診加成。</p> <p>八、西醫基層醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科</p> <p>200905耳鼻喉、頭頸外科處置</p>

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>九、西醫基層醫療費用審查注意事項-眼科</p> <p><u>(三十二)虹膜成形術：固定戳穿(顯微鏡下手術)(85818C)審查原則：(111/5/2)</u></p> <p>1.符合下列情況：<u>虹膜外傷破損、虹膜變形、虹膜移位、虹膜缺損。</u></p> <p>2.<u>應附詳細的病歷紀錄、手術紀錄單及手術前照片，術後有追蹤時，需檢附術後照片為原則。</u></p> <p><u>(三十三)光線凝固治療—簡單(86407C)：應附詳細的病歷紀錄及手術前、後照片；若照片取得困難，須提供明確圖示記載。(111/5/2)</u></p>	<p>九、西醫基層醫療費用審查注意事項-眼科</p>