

全民健康保險醫療費用審查注意事項部分修正規定

第一部 醫院醫療費用審查注意事項

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：

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

1.符合衛生福利部疾病管制署對於公費流感抗病毒藥劑使用對象條件者，無須進行快篩，即可視病患狀況與依藥劑仿單說明及其專業判斷，開立適當之藥劑。若需進行快篩，請於病歷記載必要之理由(請參考「季節性流感防治工作手冊」及「公費流感抗病毒藥劑使用對象」)。(110/6/1)

2.刪除(110/6/1)

3.醫師需詢問病史且確實評估後開立，送審時需檢附檢查報告。

(三十三)四肢超音波檢查(19016C)審查原則：(109/5/1)(110/6/1)

1.下列情形執行四肢超音波檢查時機：

(1)懷疑四肢血管病變。

(2)四肢軟組織腫瘤：(110/6/1)

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

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

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

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

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

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

(7)周邊神經之疾病。

2.關節內玻尿酸注射、葡萄糖水增生注射或 PRP(platelet-rich plasma)注射及震波治療，不得申報19016C。(110/6/1)

3.送審需檢附的佐證資料：

(1)病歷應詳實記載主訴、病史、理學檢查或神經學檢查及適應症。

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

4.檢查頻率：

(1)急性病變以檢查1次為原則。

(2)同部位四肢超音波(19016C)檢查6個月內限申報1次為原則，且不宜同時申報 X-光檢查，如需增加檢查頻率，應檢附相關資料佐證。

(110/6/1)

(三十五)居家照護審查原則：(110/6/1)

1.審查原則

(1)各分區業務組得訂定指標，對收案及費用申報均合理之居家照護機構，得減量抽樣審查。

(2)對申報資源耗用群類別分布超常態之居家照護機構，得要求其申報費用時檢附護理計畫及訪視紀錄，逐案(包括申報訪視次數在規定次數以內之案件)審查。

2.收案注意事項

(1)收案對象是否符合下列各項條件：

甲、活動能力評估符合 KARNOFSKY SCALE(詳附表二)第三級(含)以上，或 BARTHEL'S SCORE(詳附表三)60分(含)以下。

乙、有明確之居家照護服務項目需要。

丙、病情穩定能在家中進行照護。

丁、檢附完整之申請資料：

A.申請書中有客觀的護理評估資料及符合個案個別需要的具體護理計畫。

B.醫囑單有完整之病史及醫囑記載。

C.申請書及醫囑單所記載之診斷、病情、照護項目及照護計畫一致。

(2)申請延長照護個案除需符合前項收案條件外，「護理評估」項目中是否有說明照護期間個案病況進展情形。

(3)下列對象不符收案條件，應不予同意：

甲、無明確之護理措施，只需部分日常生活協助者。

乙、病情不穩，需住院治療者。

3.費用審查注意事項

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

(2)有下列情形者，不予支付費用或核扣多報之費用：

- 甲、不符合收案或延長照護條件者。
 - 乙、月申報訪視次數在三次(含)以上、新收個案收案當月在四次(含)以上而未依規定檢具相關資料，或經審查為非必要之超次訪視。
 - 丙、申報資源耗用群分類與提供之居家照護項目不符者(經審查同意訪視但不需換管者，原申報資源耗用群得依實際狀況改支為適當資源耗用群)。
 - 丁、非必要之靜脈點滴注射，每日申報家訪費用者。
 - 戊、醫師及護理人員均不可同一時段申報兩位不同住處病患訪視費。
 - 己、針對管路頻繁置換管者，且護理紀錄未詳實紀錄病況。
- (3)有下列情事者，應加強審查：
- 甲、同一病患同一天由不同科別醫師看診者。
 - 乙、照護紀錄內容僅見例行更換各式導管者。

二、各科審查注意事項：

(一)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-家庭醫學科

7.刪除(110/6/1)

(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

1.門診部分審查原則：

(15)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：[\(110/6/1\)](#)

甲、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。

乙、非 B、C 肝炎患者，肝功能異常，超音波檢查以一年一次為原則。但為恐肝臟有實質病變，得半年申報一次，並於病歷詳細記載理由。

丙、超音波檢查比例異常者加強審查。

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

2.門診部分審查注意事項：

(8) BC 肝用藥審查原則：[\(110/6/1\)](#)

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

5.其他注意事項：

(44)上消化道內視鏡止血法(47043C)審查原則：[\(110/6/1\)](#)

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

乙、需檢附治療前及治療後止血內視鏡影像，影像需含病人相關資料及日期。

11.內視鏡射頻消融導管審查原則：(110/6/1)

- (1)片狀消融導管建議限用於病灶範圍小於 1/2圈食道圓周(島狀病灶)。
- (2)環狀氣球式消融導管則建議限用於病灶範圍長度超過3公分長，或大於等於1/2圈食道圓周或多發性大於2(廣泛型病灶)。
- (3)巴瑞特食道，再次治療二次切片需間隔半年，都呈現低度分化不良。巴瑞特食道，無局部病變之高度分化不良之病變。高度分化不良病變，黏膜切除後追加治療殘餘的巴瑞特食道組織片狀式。
- (4)送審時須說明申請片狀或環狀並檢附佐證資料：
 - 甲、內視鏡切片病理報告，確診為癌前病變，且符合支付標準規範。
 - 乙、須附上內視鏡之圖像，包括有擴大內視鏡及影像強化(NBI 或是 LBI)系統之病灶照片。

(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

48.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)

(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、呼吸中止症候群等。(109/5/1)(110/6/1)

65.內視鏡射頻消融導管審查原則：(110/6/1)

(1)片狀消融導管建議限用於病灶範圍小於1/2圈食道圓周(島狀病灶)。

(2)環狀氣球式消融導管則建議限用於病灶範圍長度超過3公分長，或大於等於1/2圈食道圓周或多發性大於2(廣泛型病灶)。

(3)巴瑞特食道，再次治療二次切片需間隔半年，都呈現低度分化不良。巴瑞特食道，無局部病變之高度分化不良之病變。高度分化不良病變，黏膜切除後追加治療殘餘的巴瑞特食道組織片狀式。

(4)送審時須說明申請片狀或環狀並檢附佐證資料：

甲、內視鏡切片病理報告，確診為癌前病變，且符合支付標準規範。

乙、須附上內視鏡之圖像，包括有擴大內視鏡及影像強化(NBI 或是 LBI)系統之病灶照片。

66.板機指手術(64081C)之審查原則：(110/6/1)

(1)需於手術同意書及手術紀錄表內詳加記載手術執行部位(患側及手指)、術式、麻醉方式。

(2)送審時檢附手術同意書及手術記錄，病歷應檢具先行採用藥物、復健等保守療法過程記錄。

(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-婦產科

1005婦產科

100505婦科骨盆腔病狀診療

100505012骨盆腔檢查

100505022尿路動力學檢查(110/6/1)

100505032間質性膀胱炎

100505042婦科腹腔鏡

100505052尿失禁電刺激治療(110/6/1)

100512婦科排尿障礙及相關診療(110/6/1)

100512012錄影尿流動力學檢查

100505婦科骨盆腔病狀診療

100505022尿路動力學檢查(106/1/1)(110/6/1)

100505022-01具下泌尿道功能症狀及障礙之病人(如尿失禁、頻尿、解尿困難、尿路外口阻塞、尿滯留等等)，得執行尿路動力學檢查及棉墊測試，請於病歷記載主客觀評估。(110/6/1)

100505022-02骨盆器官脫垂，病人雖無相關主訴，但潛在有下泌尿道功能症狀及障礙之風險(如尿失禁、頻尿、解尿困難、尿路外口阻塞、尿滯留等等)，得於手術前執行尿路動力學檢查及棉墊測試，請於病歷記載主客觀評估。(110/6/1)

100505052尿失禁電刺激治療(47087C)(110/6/1)

100505052-01尿失禁電刺激治療需經診斷為尿失禁後，方可採行。「棉墊試驗(30519C)」、「壓力尿流速圖(21011C)」或「錄影尿流動力學(21006B)」等檢查項目為診斷依據，並檢附檢查結果。

100505052-02本項治療每週進行兩次，每月以六至八次為原則，三個月療程後，需進行療效評估。

100511產科子宮外孕診療(107/7/1)

100511010產科超音波

100511010-01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)。

產科病例有適應症，應優先執行產科超音波(19010C)為原則。

妊娠12周以下或患者肥胖、無法漲尿、子宮後屈等，經腹部超音波無法清楚診斷時，需經陰道執行之檢查，若申報陰道超音波(19013C)，則應檢附病歷紀錄，初步理學檢查之結果及執行超音波之理由，併附清晰可審視之超音波影像及判讀報告。若同時申報產科超音波(19010C)者，應加強審查。(110/6/1)

100512婦科排尿障礙及相關診療(110/6/1)

100512012錄影尿流動力學檢查(21006B)

100512012-01錄影尿流動力學檢查應為尿流速圖(21004C)、殘尿量(21008C)、或曾接受膀胱壓檢查(21007C)、尿道外括約肌肌電圖(21003C)等檢查不能確定診斷或治療效果不如預期時才使用。

100512012-02其他進行錄影尿流動力學檢查病症以下列為原則：

- a. 懷疑原發性膀胱頸阻塞。
- b. 懷疑女性膀胱出口阻塞。
- c. 複雜性女性應力性尿失禁/膀胱脫垂。
- d. 合併下尿路解剖構造異常(如膀胱憩室、尿道憩室)。
- e. 下尿路分流改道術後。
- f. 腎臟移植術後。
- g. 已做尿路動力學檢查無法確診。
- h. 婦女尿液滯留。
- i. 手術後膀胱功能異常。
- j. 逼尿肌與尿道擴約肌協調異常。
- k. 復發性用力性尿失禁。
- l. 其他臨床診斷及治療無法改善下尿路症狀者。

100512012-03 「神經性下尿路功能障礙(ICD-9-CM 為596.54 Neurogenic Bladder 神經性膀胱或 ICD-10-CM/PCS 為 N31膀胱神經肌肉功能不良，不可歸類在他處者)」及「小兒下尿路功能障礙」，若病人可進行檢查，仍先進行尿流速及殘尿量測定；無法判定病情或治療效果不佳者，得進行錄影尿流動力學檢查(VUDS)。

100512012-04錄影尿流動力學檢查(VUDS)在診斷時進行一次，治療後如病

情尚未穩定，可追蹤一次。有神經性下尿路功能障礙者得每年
追蹤一次，以決定繼續治療之內容及方向。

100512012-05送審時應附 VUDS 詳細報告。

(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

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

100803122 尿失禁電刺激治療(110/6/1)

100803排尿障礙用藥及相關診療

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 刪除(106/6/1)(110/6/1)

1100803122 尿失禁電刺激治療(47087C)(110/6/1)

100803122-01 尿失禁電刺激治療需經診斷為尿失禁後，方可採行。「棉墊試
驗(30519C)」、「壓力尿流速圖(21011C)」或「錄影尿流動力學
(21006B)」等檢查項目為診斷依據，並檢附檢查結果。

100803122-02 本項治療每週進行兩次，每月以六至八次為原則，三個月療程
後，需進行療效評估。

(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

100903內視鏡

100903012鼻咽鏡 Nasopharyngoscopy

100903022鼻竇內視鏡 Sinoscopy

100903032喉鏡 Laryngoscopy

100903042喉頻閃光源內視鏡

100903050鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡(110/6/1)

100903062食道鏡 Esophageal endoscopy(110/6/1)

100903內視鏡

100903050 鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡：診斷(含切片)時，得申報1次；治療中得申報3次；治療後之追蹤以1個月得申報1次為原則，若有出血、鼻竇感染、頭頸部有(1)放射性骨壞死、(2)牙關緊閉及(3)手術後解剖位置改變者等特殊狀況，每月得增加執行1次，且應詳細敘明病情並檢附影像報告。(109/5/1)(110/6/1)

100903062食道鏡 Esophageal endoscopy(28015C)(110/6/1)

100903062-01送審應檢附資料：

a.手術、處置報告內容應包含以下描述：

- (a)鼻咽對稱性。
- (b)舌根、下咽、喉部結構對稱性。
- (c)聲門運動是否正常。
- (d)食道入口。
- (e)下食道括約肌、粘膜狀態。
- (f)食道粘膜病灶與距離(距鼻孔)。
- (g)其他特定病灶。

b.檢附文字報告及圖片(手繪或影像皆可)。

100903062-02申報頻率：頭頸癌或其他癌症病人於治療前(一次)、治療後每半年一次得追蹤五年，如須增加頻率需於病歷載明理由。

100907耳鼻喉、頭頸外科手術

100907192鼓室內注射類固醇

100907192 Sudden deafness 病人進行 transtympanic steroid injection，門診得申報顯微鏡下耳內注射(54009B)；開刀房若設有專屬耳用內視鏡二氧化碳雷射系統，則得申報二氧化碳雷射手術(62020C)，若執行鼓膜切開後再注射，則得申報顯微鏡／內視鏡下鼓膜切開術(84007C)。(106/8/1)(110/6/1)

(九)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-眼科

5.視網膜疾病：(97/5/1)

(7)手術：

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(86206C)項給付(須有術前網膜剝離照片及手術紀錄備查)。(110/6/1)

6.玻璃體切除：眼坦部玻璃體切除術－簡單(86206C)項及眼坦部玻璃體切除術－複雜(86207B)項給付標準。(110/6/1)

(1)86206C 項：作簡單之玻璃體切除。(110/6/1)

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；但如院所以電子病歷送審者，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；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)(110/6/1)

(十)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-皮膚科

14.二氧化碳雷射手術(CO2 laser operation)62020C 適應症如下：[\(110/6/1\)](#)

(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。[\(97/5/1\)](#)[\(99/7/1\)](#)[\(110/6/1\)](#)

(十三)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-精神科

- 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之個別化紀錄。45022C、45034C、45070C、45016C 及45010C得採用定型化單張，並須有欄位做文字附加充分個別化的補充說明。不符合者，不予支付。各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：[\(95/7/15\)](#)[\(110/6/1\)](#)

貳、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項

二、個別 DRG 審查注意事項(100/11/1)

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複雜性心室不整脈之經導管心臟病灶或組織剝除術(COMPLEX VENTRICULAR ARRHYTHMIA OF CATHETER ABLATION OF LESION OR TISSUES)(110/6/1)

DRG11204其他經皮心臟血管手術(OTHER PERCUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES)

DRG11205心房顫動之經導管心臟病灶或組織剝除術(ATRIAL FIBRILLATION OF CATHETER ABLATION OF LESION OR TISSUES)
(110/6/1)

DRG11206其他經導管心臟病灶或組織剝除術(OTHER CATHETER ABLATION OF LESION OR TISSUES)(110/6/1)

第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項

壹、一般原則：

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

(一)符合衛生福利部疾病管制署對於公費流感抗病毒藥劑使用對象條件者，無須進行快篩，即可視病患狀況與依藥劑仿單說明及其專業判斷，開立適當之藥劑。若需進行快篩，請於病歷記載必要之理由(請參考「季節性流感防治工作手冊」及「公費流感抗病毒藥劑使用對象」)。
(110/6/1)

(二)刪除(110/6/1)

(三)醫師需詢問病史且確實評估後開立，送審時需檢附檢查報告。

二十八、四肢超音波檢查(19016C)審查原則：(110/6/1)

(一)下列情形執行四肢超音波檢查時機：

1.懷疑四肢血管病變。

2.四肢軟組織腫瘤：

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

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

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

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

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

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

7.周邊神經之疾病。

(二)關節內玻尿酸注射、葡萄糖水增生注射或 PRP (platelet-rich plasma)注射及震波治療，不得申報19016C。

(三)送審需檢附的佐證資料：

1.病歷應詳實記載主訴、病史、理學檢查或神經學檢查及適應症。

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

(四)檢查頻率：

1.急性病變以檢查1次為原則。

2.同部位四肢超音波(19016C)檢查6個月內限申報1次為原則，且不宜同時申報 X-光檢查，如需增加檢查頻率，應檢附相關資料佐證。

二十九、居家照護審查原則：[\(110/6/1\)](#)

(一)審查原則

- 1.各分區業務組得訂定指標，對收案及費用申報均合理之居家照護機構，得減量抽樣審查。
- 2.對申報資源耗用群類別分布超常態之居家照護機構，得要求其申報費用時檢附護理計畫及訪視紀錄，逐案(包括申報訪視次數在規定次數以內之案件)審查。

(二)收案注意事項

1.收案對象是否符合下列各項條件：

- (1)活動能力評估符合 KARNOFSKY SCALE(詳附表二)第三級(含)以上，或 BARTHEL'S SCORE(詳附表三)60分含以下。
- (2)有明確之居家照護服務項目需要。
- (3)病情穩定能在家中進行照護。
- (4)檢附完整之申請資料：

甲、申請書中有客觀的護理評估資料及符合個案個別需要的具體護理計畫。

乙、醫囑單有完整之病史及醫囑記載。

丙、申請書及醫囑單所記載之診斷、病情、照護項目及照護計畫一致。

2.申請延長照護個案除需符合前項收案條件外，「護理評估」項目中是否有說明照護期間個案病況進展情形。

3.下列對象不符收案條件，應不予同意：

- (1)無明確之護理措施，只需部分日常生活協助者。
- (2)病情不穩，需住院治療者。

(三)費用審查注意事項

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

2.有下列情形者，不予支付費用或核扣多報之費用：

- (1)不符合收案或延長照護條件者。
- (2)月申報訪視次數在三次(含)以上、新收個案收案當月在四次(含)以上而未依規定檢具相關資料，或經審查為非必要之超次訪視。
- (3)申報資源耗用群分類與提供之居家照護項目不符者(經審查同意訪視但不需換管者，原申報資源耗用群得依實際狀況改支為適當資源耗用群)。
- (4)非必要之靜脈點滴注射，每日申報家訪費用者。
- (5)同一護理人員於同一時段申報兩不同住處病患之訪視費用者。
- (6)針對管路頻繁置換管者，且護理紀錄未詳實紀錄病況。

3.有下列情事者，應加強審查：

- (1)同一病患同一天由不同科別醫師看診者。
- (2)照護紀錄內容僅見例行更換各式導管者。

貳、各科審查注意事項：

一、西醫基層醫療費用審查注意事項-家庭醫學科

(一)門診部分審查原則：

4.其他有關之審查原則：

(14)刪除(110/6/1)

(七)刪除(110/6/1)

二、西醫基層醫療費用審查注意事項-內科

(一)門診部分審查原則：

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

(3)超音波檢查比例異常者加強審查。

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

(二)門診部分審查注意事項：

9.BC 肝用藥審查原則(110/6/1)

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

(五)其他注意事項：

22.上消化道內視鏡止血法(47043C)審查原則：(110/6/1)

- (1) 需有出血徵兆(SRH: stigmata of recent hemorrhage)或 Forrest I 及 IIa 或 IIb 的潰瘍。
- (2) 需檢附治療前及治療後止血內視鏡影像，影像需含病人相關資料及日期。

三、西醫基層醫療費用審查注意事項-外科

(四十三)板機指手術(64081C)之審查原則：[\(110/6/1\)](#)

- 1.需於手術同意書及手術紀錄表內詳加記載手術執行部位(患側及手指)、術式、麻醉方式。
- 2.送審時檢附手術同意書及手術記錄，病歷應檢具先行採用藥物、復健等保守療法過程記錄。

五、西醫基層醫療費用審查注意事項-婦產科

2005婦產科

200505婦科骨盆腔病狀診療

200505010骨盆腔檢查

200505022婦科腹腔鏡

200505032尿路動力學檢查(110/6/1)

200505042尿失禁電刺激治療(110/6/1)

200513婦科排尿障礙及相關診療(110/6/1)

200513012錄影尿流動力學檢查

200505婦科骨盆腔病狀診療

200505032尿路動力學檢查(110/6/1)

200505032-01具下泌尿道功能症狀及障礙之病人(如尿失禁、頻尿、解尿困難、
 尿路外口阻塞、尿滯留等等)，得執行尿路動力學檢查及棉墊
 測試，請於病歷記載主客觀評估。

200505032-02骨盆器官脫垂，病人雖無相關主訴，但潛在有下泌尿道功能症
 狀及障礙之風險(如尿失禁、頻尿、解尿困難、尿路外口阻塞、
 尿滯留等等)，得於手術前執行尿路動力學檢查及棉墊測試，
 請於病歷記載主客觀評估。

200505042尿失禁電刺激治療(47087C)(110/6/1)

200505042-01尿失禁電刺激治療需經診斷為尿失禁後，方可採行。並應依
 「棉墊試驗(30519C)」、「壓力尿流速圖(21011C)」或「錄影尿
 流動力學(21006B)」等檢查項目為診斷依據，並檢附檢查結果。

200505042-02本項治療每週進行兩次，每月以六至八次為原則，三個月療程
 後，需進行療效評估。

200512產科子宮外孕診療

200512010產科超音波

200512010-01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)

產科病例有適應症，應優先執行產科超音波(19010C)為原則。妊娠12周以下或患者肥胖、無法漲尿、子宮後屈等，經腹部超音波無法清楚診斷時，需經陰道執行之檢查，若申報陰道超音波(19013C)，則應檢附病歷紀錄，初步理學檢查之結果及執行超音波之理由，併附清晰可審視之超音波影像及判讀報告。若同時申報產科超音波(19010C)者，應加強審查。(110/6/1)

200513婦科排尿障礙及相關診療(110/6/1)

200513012錄影尿流動力學檢查(21006B)

200513012-01錄影尿流動力學檢查應為尿流速圖(21004C)、殘尿量(21008C)、或曾接受膀胱壓檢查(21007C)、尿道外括約肌肌電圖(21003C)等檢查不能確定診斷或治療效果不如預期時才使用。

200513012-02其他進行錄影尿流動力學檢查病症以下列為原則：

- a. 懷疑原發性膀胱頸阻塞。
- b. 懷疑女性膀胱出口阻塞。
- c. 複雜性女性應力性尿失禁/膀胱脫垂。
- d. 合併下尿路解剖構造異常(如膀胱憩室、尿道憩室)。
- e. 下尿路分流改道術後。
- f. 腎臟移植術後。
- g. 已做尿路動力學檢查無法確診。
- h. 婦女尿液滯留。
- i. 手術後膀胱功能異常。
- j. 逼尿肌與尿道括約肌協調異常。
- k. 復發性用力性尿失禁。
- l. 其他臨床診斷及治療無法改善下尿路症狀者。

200513012-03「神經性下尿路功能障礙(ICD-9-CM 為596.54 Neurogenic Bladder 神經性膀胱或 ICD-10-CM/PCS 為 N31膀胱神經肌肉功能不良，不可歸類在他處者)」及「小兒下尿路功能障礙」，若病人可進行檢查，仍先進行尿流速及殘尿量測定；無法判定病情或治療效果不佳者，得進行錄影尿流動力學檢查(VUDS)。

200513012-04錄影尿流動力學檢查(VUDS)在診斷時進行一次，治療後如病情尚未穩定，可追蹤一次。有神經性下尿路功能障礙者得每年追蹤一次，以決定繼續治療之內容及方向。

200513012-05送審時應附 VUDS 詳細報告。

七、西醫基層醫療費用審查注意事項-泌尿科

(十二)尿失禁電刺激治療(47087C)：[\(110/6/1\)](#)

- 1.尿失禁電刺激治療需經診斷為尿失禁後，方可採行。「棉墊試驗(30519C)」、「壓力尿流速圖(21011C)」或「錄影尿流動力學(21006B)」等檢查項目為診斷依據，並檢附檢查結果。
- 2.本項治療每週進行兩次，每月以六至八次為原則，三個月療程後，需進行療效評估。

八、西醫基層醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科

200902內視鏡

200902012鼻咽鏡 Nasopharyngoscopy

200902022鼻竇內視鏡 Sinoscopy

200902032喉鏡 Laryngoscopy

200902040鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡(110/6/1)

200902052食道鏡 Esophageal endoscopy (110/6/1)

200902內視鏡

200902040鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡：診斷(含切片)時，得申報1次；治療中得申報3次；治療後之追蹤以1個月得申報1次為原則，若有出血、鼻竇感染、頭頸部有(1)放射性骨壞死(2)牙關緊閉及(3)手術後解剖位置改變者等特殊狀況，每月得增加執行1次，且應詳細敘明病情並檢附影像報告。(109/05/1)(110/6/1)

200902052食道鏡 Esophageal endoscopy(28015C)：(110/6/1)

200902052-01送審應檢附資料：

a.手術、處置報告內容應包含以下描述：

- (1)鼻咽對稱性。
- (2)舌根、下咽、喉部結構對稱性。
- (3)聲門運動是否正常。
- (4)食道入口。
- (5)下食道括約肌、粘膜狀態。
- (6)食道粘膜病灶與距離(距鼻孔)。
- (7)其他特定病灶。

b.檢附文字報告及圖片(手繪或影像皆可)。

200902052-02申報頻率：頭頸癌或其他癌症病人於治療前(一次)、治療後每半年一次得追蹤五年，如須增加頻率需於病歷載明理由。

200906耳鼻喉、頭頸外科手術

200906092鼓室內注射類固醇

200906092 Sudden deafness 病人進行 transtympanic steroid injection，門診得申報顯微鏡下耳內注射(54009B)；開刀房若設有專屬耳用內視鏡二氧化碳雷射系統，則得申報二氧化碳雷射手術(62020C)，若執行鼓膜切開後再注射，則得申報顯微鏡/內視鏡下鼓膜切開術。

(110/6/1)

九、西醫基層醫療費用審查注意事項-眼科

(五)視網膜剝離：

7.手術：

(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 86206C項給付(須有術前網膜剝離照片及手術紀錄備查)。

(110/6/1)

(六)玻璃體切除：86206C項及86207B項給付標準。(110/6/1)

1. 86206C項：作簡單之玻璃體切除。(110/6/1)

(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；但如院所以電子病歷送審者，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；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)(110/6/1)

十三、西醫基層醫療費用審查注意事項-精神科

(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之個別化紀錄。45022C、45034C、45070C、45016C及45010C得採用定型化單張，並須有欄位做文字附加充分個別化的補充說明。不符者，不予支付。各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：[\(95/7/15\)](#)[\(110/6/1\)](#)

十四、西醫基層醫療費用審查注意事項-復健科

(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「復健治療積極治療療程」(詳附表十五)，供審查參考。(110/6/1)

十六、西醫基層醫療費用審查注意事項-病理科

(一)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；同一病理解剖部位僅能以一次計價、不同病理解剖部位得分別計價、同次申報以不超過四個解剖部位為原則。(110/6/1)

附表十五

復健治療積極治療療程 (110/6/1)

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

