

全民健康保險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

目 錄

第一部

| | |
|---------------|-----|
| 壹、審查依據及一般原則 | 2 |
| 貳、各科審查注意事項 | 14 |
| 一、家庭醫學科審查注意事項 | 14 |
| 二、內科審查注意事項 | 22 |
| 三、外科審查注意事項 | 44 |
| 四、兒科審查注意事項 | 58 |
| 五、婦產科審查注意事項 | 62 |
| 六、骨科審查注意事項 | 70 |
| 七、泌尿科審查注意事項 | 73 |
| 八、耳鼻喉科審查注意事項 | 77 |
| 九、眼科審查注意事項 | 81 |
| 十、皮膚科審查注意事項 | 90 |
| 十一、神經內科審查注意事項 | 95 |
| 十二、神經外科審查注意事項 | 100 |
| 十三、精神科審查注意事項 | 104 |
| 十四、復健科審查注意事項 | 109 |
| 十五、放射線科審查注意事項 | 112 |
| 十六、病理科審查注意事項 | 114 |
| 十七、麻醉科審查注意事項 | 115 |

第二部

| | |
|-------------------------------|-----|
| 全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRG）案件審查注意事項 | 117 |
|-------------------------------|-----|

*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

第一部

壹、審查依據及一般原則：

一、審查相關規定：

- (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事服務機構醫療服務審查辦法。
- (三)全民健康保險醫療費用支付標準。
- (四)全民健康保險藥品給付規定。
- (五)全民健康保險特殊材料事前審查規定。(97/5/1)
- (六)全民健康保險特定疾病住院基本要件。
- (七)行政院衛生署藥品許可證。
- (八)全民健康保險論病例計酬支付作業要點。
- (九)其他與審查有關之規定事項。

二、一般原則：

- ~~(一)醫療院所醫療費用之審查，分為程序審查與專業審查。(99/7/1)~~
- ~~(二)程序審查事項如下(行政院衛生署九十一年二月二十二日衛署健保字第○九一○○二一四一八號令發布修正全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第十四條規定)：~~
 - ~~1. 保險對象之資格。~~
 - ~~2. 保險給付範圍之核對。~~
 - ~~3. 保險支付標準及藥價基準正確性之核對。~~
 - ~~4. 申報資料填載之完整性及正確性。~~
 - ~~5. 檢附資料之齊全性。~~

~~6. 論病例計酬案件之基本診療項目之初審。~~

~~7. 事前審查案件之核對。~~

~~8. 其他醫療服務申報程序審查事項。~~

~~9. 保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，依前述1.至8.點審查發現有違反本保險相關法令規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。(99/7/1)~~

(三) 審查醫師、藥師等醫事人員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，審查醫師、藥師等醫事人員審查醫療服務案件，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫師、藥師等醫事人員審查，必要時得提審查會議審查。

~~(四) 保險醫事服務機構申報醫療服務案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之服務，並註明不予支付內容及理由。(請用紅筆註明)(行政院衛生署九十一年三月二十二日衛署健保字第○九一○○二一四一八號令發布修正全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第十五條規定)：~~

~~1. 治療與病情診斷不符。~~

~~2. 因診療行為引發之非必要連續就診。~~

~~3. 治療材料之使用與病情不符。~~

~~4. 治療內容與保險支付標準規定不符。~~

~~5. 非必要之檢查或檢驗。~~

~~6. 非必要之住院或住院日數不適當。~~

~~7. 病歷記載不完整無法支持其診斷與治療內容。~~

- ~~8. 病歷記載內容經二位審查醫師認定字跡難以辨識。~~
- ~~9. 用藥種類與病情不符或有重複。~~
- ~~10. 用藥份量與病情不符或有重複。~~
- ~~11. 未依臨床常規選用非第一線藥物。~~
- ~~12. 用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。~~
- ~~13. 適應症不符，不應申報論病例計酬案件。~~
- ~~14. 論病例計酬案件醫療品質不符專業認定。~~
- ~~15. 論病例計酬案件有不當移轉至他次門、住診施行。~~
- ~~16. 論病例計酬案件不符出院條件。~~
- ~~17. 其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。(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師，繼續追蹤管理。

(七)使用藥品，應依病情變化、藥品核定適應症及藥事小組會議決議，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，並請審查醫師加強審查。

(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」。(附表一)(99/7/1)
2. 審查醫師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。

(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費用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：

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。（990701）

2. 前述檢驗檢查項目中，超音波、內視鏡、放射線診療一特殊造影檢查（係指全民健康保險醫療費用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。（990701）

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）凡送審之醫療費用案件，檢附病歷影本資料規定如下：

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，若經兩位審查醫師會審，仍無法辨識者，則刪減相關醫療費用。

2. 病歷之製作，應符合下列規定：

（1）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、住址、聯絡方式）、初診日期（初診日期為該病患首次至該醫療院所首次看診之日期）或職業。內容填寫就診日期、病患主訴、檢查發現、醫師診斷及處方等資料。

（2）以電腦製作病歷時，應將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列

印剪貼於病歷紙頁上，並由診治醫師簽名或蓋章。病歷影本應為前述病歷之影本。

(3)病歷、處方等若有塗改修正時，依醫療法第六十八條規定，請勿塗毀，而應以畫線刪除，再於其旁修正。修正後再於其旁由該診治醫師簽章。

(4)其他各類醫事人員執行業務，應於病歷詳實記載。

3. 抽樣審查之個案，應檢送病歷首頁影本及該案當月之全部病歷影本。（當月不分科別）

4. 為審查需要，得請醫事服務機構提供相關文件及資料，醫事服務機構不得拒絕，若未依規定檢附病歷影本或檢附資料不齊全時者，應予核刪相關醫療費用。(97/5/1)

(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)審查醫師、藥師等醫事人員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。

(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。審查醫師、藥師等醫事人員並不得將各類審查案件攜出審查場所。

(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

①須附檢查申請書及報告，否則不予給付。

②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)。(99/7/1)

E 其他相關檢查結果。

③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。

④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

①須附檢查申請書及報告，否則不予給付。

②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。

③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。

④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。

⑤骨及肌肉關節系統須有積極檢查目的，方可實施磁共振造影檢查。

⑥除非必要，不可同時施行同部位電腦斷層及磁共振造影檢查，若同時實施，應詳加審查。

⑦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)

| 支付標準規定 | 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 | 一、病情穩定之情況： 1. 有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使 |

| 支付標準規定 | 審查注意事項 |
|--------------------|--|
| | <p>用呼吸器者。</p> <p>2. 神智恢復或已穩定。</p> <p>3. 無嚴重之新陳代謝異常。</p> <p>4. 無異常出血。</p> <p>5. 使用藥物不需特別持續監測。</p> <p>二、病情穩定不需全天候使用特殊生理監測器者。</p> |
| 4. 合併症已穩定控制者 | <p>一、病情穩定之情況：</p> <p>1. 有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使用呼吸器。</p> <p>2. 神智恢復或已穩定。</p> <p>3. 無嚴重之新陳代謝異常。</p> <p>4. 無異常出血。</p> <p>5. 使用藥物不需特別持續監測。</p> <p>二、病情穩定不需全天候使用特殊生理監測器者。</p> |
| 5. 已脫離急性期不需加護醫療照護者 | <p>一、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。</p> <p>二、病情穩定改善：</p> <p>1. 有穩定血壓及自發性呼吸或穩定使用呼吸器。</p> <p>2. 神智恢復或已穩定。</p> <p>3. 無嚴重之新陳代謝異常。</p> <p>4. 無異常出血。</p> <p>5. 使用藥物不需特別持續監測。</p> <p>三、加強醫療獲益不大：</p> <p>1. 有多重器官衰竭現象，經積極治療後仍無改善者。</p> <p>2. 腦中樞神經病變，神智無法改善之病患。</p> <p>3. 癌症末期之患者。</p> <p>4. 慢性器官衰竭已達末期，經積極治療無法改善其預後者。</p> <p>6. 猝死經急救後仍有缺氧性腦病變者。</p> |
| 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 |

| 支付標準規定 | 審查注意事項 |
|--------|--|
| | <p>係人簽署自動出院或拒絕積極治療同意書。</p> <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）依行政院衛生署公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，經衛生主管機關認證實施電子病歷之醫療院所，得依其相關規定檢送電子病歷。(99/1/1)

（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。(99/7/1)

(二十六)83079B 高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation(RF)適應症：

1. 申請人檢附之資料應符合之要件：

- (1)病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後 Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。
- (2)需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法 3 個月後未改善。
- (3)單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷 (image-guided diagnostic block)，2 週後倘症狀未緩解，才可施行 RF，需檢附影像副本以資佐證。

2. 適應症：

(1)需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。

(2)三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。

(3)Neuropathic pain，如 postherpetic neuropathic pain 等。

(4)脊椎手術後疼痛症候群 (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS)、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。

3. 治療次數與限制：

(1)同區域重複治療以間隔 6 個月以上為原則，並應附施予高頻熱凝療法後之衛教紀錄與疼痛量表，個案病情如需於 3-6 個月內同區域重複施行者，應另檢附精神科醫師或心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄。

(2)一次施行一個區域，共分五個區域：腰薦椎、胸椎、頸椎、頭部、周邊神經等五大部位。同一區域內同時施行多點處置，視為單一處置申報。(99/7/1)

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)對逕行使用第一線以外之抗生素、多種抗生素、或其他高價藥物，應嚴格審查。

(2)抗生素使用原則上以同時不超過兩種為限，否則需附相關之微生物培養報告。

(3)抗生素之預防性使用以三天為原則。如必要得延長之，每次以七天為限。超過七天以上者，需要證明其有使用的必要性。

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。
- (3)對使用維生素、止痛劑、類固醇之注射劑應載明使用理由。
 - (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、四個肢體共六區，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「全民健康保險醫療費用支付標準」「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。
 - (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)一般癍痕攣縮鬆弛術（64141C），臉、頸部癍痕攣縮鬆弛術

(64274C)，手、腳、會陰瘢痕攣縮鬆弛術(64275C)，限有顯著運動限制者實施。

(13)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。

(14)靜脈曲張手術之審查原則：

①大隱靜脈系(A)：

a. 大隱靜脈、股靜脈瓣逆血——單側以 69014B，雙側以 69015B 給付。

b. 穿通枝逆血——單側以 69019B、雙側依支付標準第三部第七章規定辦理。

c. $a + b$ ——單側以 $69019B \times 1 + 69014B \times 1/2$ ——雙側依支付標準第三部第七章規定辦理。

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。

(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. 醫療費用支付標準第三部第一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。

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「全民健康保險藥品給付規定」之抗生素使用原則使用。
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. 耳鼻喉局部治療(54019C、54027C、54037C、54038C)應符合「全民健康保險醫療費用支付標準」規定之適應症，並須有相關之設備，方得列報該等處置項目，且須於病歷上詳細記錄備查。單純局部噴灑藥物，包含於基本診療費內，不另支付。(99/7/1)~~

(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。
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「全民健康保險藥品給付規定」之「抗微生物製劑」規定。
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費用支付標準附表一「急診定義及適用範圍」規定辦理。

(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. 骨質密度測量檢查之適應症：

- (1)內分泌失調可能加速骨質流失者(限副甲狀腺機能過高須接受治療者、腎上腺皮質醇過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝者)。

- (2)非創傷性之骨折者。

- (3)五十歲以上婦女或停經後婦女正接受骨質疏鬆症追蹤治療者。

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)各分局得訂定指標，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：

- 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：
 - 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：

- 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。

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：

- 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。

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。

(2)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。

~~(八)「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」審查標準
(中央健康保險局九十年八月二十日健保審字第○九○○○二二五
五○號函)：~~

- ~~1. 安寧療護病患之住院應符合試辦計畫之適應症，並注意照護品質。~~
- ~~2. 住院處方用藥之審查，應參考健保用藥之相關規定及使用之劑量與
期間長短是否恰當。如有特殊用藥考量，應於病歷上有所註記。~~
- ~~3. 應注意病歷摘要之診斷、診療記錄及明細表是否相符。~~
- ~~4. 各項檢驗應有其必要性及適切性，亦應盡量避免以套裝方式施行。~~
- ~~5. 放射治療應符合緩和病症之目的，並於病歷上詳載。~~
- ~~6. 短期內再入院者，應注意其再入院之適應症是否得宜。~~
- ~~7. 其他非上述所述者之醫療行為，應符合健保之相關規定。~~
- ~~8. 全民健康保險安寧療護試辦計畫論日計酬案件專業審查表(附表
四)。(99/7/1)~~

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：
 - (1)高血壓懷孕婦女，禁用 ACEI 或 ARB。

(2)高血壓合併高鉀血症病史之病患，不宜使用

potassium-sparing diuretics 或 aldosterone antagonist。

(3)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。

(4)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)高血壓合併痛風病史之病患，不宜使用 thiazide-~~

~~diuretics。(99/7/1)~~

~~(6)高血壓合併血管水腫病史之病患，不宜使用 ACEI。(99/7/1)~~

(7)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：

(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。

(3)宜遵守以低劑量為起始劑量之原則，再逐步考慮增加劑量。

(4)請檢附治療前後 3 至 6 個月 HbA1c 之報告（除對 metformin 不適或有禁忌症之患者外，未使用 metformin 則不得逕用 TZD）。(97/5/1)

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)

(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. 醫療費用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。
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 (estimated Ccr)

$$\text{CG-GFR (Cockcroft-Gault)} = \left[\frac{(140 - \text{Age}) \times \text{Bwt}}{(72 \times \text{Cr})} \right] \times \left[\frac{1.73}{\text{BSA}} \right] \times 0.85 \text{ (if female)}$$

$\text{MDRD-Simplify-GFR} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742$ (if female) (97/5/1)

(1)但排除下列三種情況(即每週可洗三次)：

- ①糖尿病、弱小及婦人等洗前 $\text{Cr} \leq 6.0$ 但 $\text{CCr} \leq 5\text{ml/min}$ (Ccr 以 24 小時尿液、CG 或 MDRD 的公式計算) (97/5/1)
- ② $\text{UF} < 2.0$ 公斤，但乾體重小於 40 公斤的患者則以乾體重的 5 % 為限。
- ③血液透析超過一年的病患。

(2)透析案件應檢附下列資料：

- ①開始透析日期及過去透析時間序列。
- ②病患 BMI data。
- ③殘留腎功能 (residual renal function) 及 CCR。
- ④Albumin 檢驗值。
- ⑤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 肝治療計劃用藥審查原則

- (1)ALT 上升情況或肝失代償情況(如 bilirubin $> 2\text{mg/dL}$, PT prolong > 3 sec) 符合 BC 肝治療計劃所需條件情況下，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 個月內病歷供參。(99/7/1)

(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。
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，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。

(四)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費用支付標準附表一「急診定義及適用範圍」規定辦理。

(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 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。

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，仍透析不足(如 Kt/V 每週無法達到二·一，肌肝酸清除每週無法達到六十公升/一·七三平方公尺以上體表面積)而脫水率仍可達到標準者，當月可酌予增加一至二次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。

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) |

| 項目編號 | 項目名稱 | 審查原則 |
|--------|------------|--|
| 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) |
| 56022C | 氣管造瘻口處理 | <ol style="list-style-type: none"> 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，供審查醫師專業判斷。 |
| 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) | <ol style="list-style-type: none"> 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)： |

| 項目編號 | 項目名稱 | 審查原則 |
|------------------|--|---|
| | | <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>2. 呼吸運動(57010B)：</p> <p>(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。</p> <p>(2)此為一種病人衛教項目，訓練病人正常呼吸的方法。</p> <p>(3)申報時附診斷與治療記錄。</p> <p>3. 復原運動(57012B)：</p> <p>(1)此為一種病人衛教項目。</p> <p>(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。</p> <p>(3)限慢性呼吸困難病人申報，申報時附診斷與治療記錄</p> <p>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。惟對病危或意識不清病患須嚴加審查。</p> |
| 57015B 57016B | 經皮測氧分壓器(日) 經皮測二氧化碳分壓器(日) | <p>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。</p> <p>2. 呼氣末二氧化碳分壓器，應依病情需要核實申報。</p> |
| 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。 |

| 項目編號 | 項目名稱 | 審查原則 |
|------------------|------------------------------|--|
| 57021C 57022C | 蒸氣或噴霧吸入治療(次) 蒸氣或噴霧吸入治療(天) | <ol style="list-style-type: none"> 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) | <ol style="list-style-type: none"> 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. 胃鏡切片施行幽門桿菌檢查限消化性潰瘍病例經過初次幽門桿菌清除治療後，再次消化性潰瘍復發，於同一院所懷疑再次感染或前次治療失敗時施行，應附前次胃鏡及治療紀錄。(97/5/1)
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：

(1)全民健康保險心導管檢查申報表。(詳附表五)

(2)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. ~~實施「經皮冠狀動脈擴張術」(編號 33076B-33078B)無論同時做或分段做「診斷性心導管檢查」(編號 18020B-18022B)，僅能另行申報一次「心導管檢查」(編號 18020B-18021B)，不能另行申報冠狀動脈攝影(18022B)。~~(99/7/1)

9. 經皮冠狀動脈擴張術之審查原則(附表六)(97/5/1)(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：

(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)18007B 之申報適應症如下：~~

~~①心臟手術或介入性治療前後之評估。~~

~~②瓣膜性心臟疾病。~~

~~③先天性心臟病。~~

~~④心肌病變或缺血性心臟病。~~

~~⑤主動脈病變。~~

~~⑥心臟衰竭。~~(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）：

(1) 壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描（26025B）：

- ① 心肌梗塞後測定心肌存活度及潛存缺氧以評估預後。
- ② 心絞痛患者測定心肌缺氧所在與冠狀動脈病灶之關聯。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 非心臟之重大外科手術之術前心臟併發症風險評估。
- ⑥ 冠狀動脈介入性治療術後發生血管再狹窄檢測。
- ⑦ 冠狀動脈繞道手術術後心肌缺氧之檢測。
- ⑧ 先天性心臟異常患者釐定心肌缺氧嚴重度及範圍。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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。
- ⑪ 心臟移植患者測定是否有冠狀動脈病變。

⑫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。

(2)靜態式心肌灌注掃描(26024B)：

具有下列①或②項情況而患者無法接受動態檢查時。

①心肌梗塞後病患測定心肌存活度及潛存缺氧以評估預後。

②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。

(1) 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)。

(2) 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）。

(3)已確診阻塞性肺疾病,急性發作期患者不宜進行以上檢查。

(4) 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）
18. 透析日期及 EPO 注射紀錄表及洗腎異常動態表供審查參考。（詳附表七、八）
19. 【連續性動靜脈血液過濾術(CAVH)】（58007C）之適應症為：急性腎衰竭併有以下之併發症才可施行。(1)急性肺積水(2)心臟衰竭併肺積水(3)嚴重體液滯留 severe volume overloading。
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病灶，建議以相隔 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。（96/4/1）
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。進行周邊幹細胞輸注時，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. 有關結核病病人住院日數、用藥需求、檢查需求之審查原則：

(1)住院部分：以①急性症狀②服藥有無法忍受的副作用③診斷未明④結核併發症為主。

(2)檢驗部分：

①以 X 光、驗痰為主，後者不宜逕行抗酸菌鑑定及申報培養敏感藥物試驗(陽性者方得申報一次為限且需附報告)，超過宜另述理由。

②B 型肝炎表面抗原檢查，應以肝功能異常者，才列入檢驗項目。

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）

(1)使用呼吸器天數及入住各階段天數

- ①若少於規定天數-注意病情的需要性。
- ②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）

(2)檢查的必要性

- ①血液氣體分析--按審查注意事項規定。
- ②X光常規檢查--胸部X光檢查，有必要或特殊處置後再照。
- ③生化檢查--SMA 套裝式檢查不合時宜，應該依必要性逐項申請。
- ④血液常規檢查--不必每天做，有必要或特殊處置後再做。
- ⑤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。
- ⑥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。

(3)處置的必要性

- ①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。
- ②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。
- ③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。

④氣管造瘻口處理-每日申報一次，如有需要增加，應附紀錄。

(4)藥物使用

①支氣管擴張劑-如噴霧治療之規定(依審查注意事項)。

②抗生素-依抗生素使用規範處理。

③化痰劑-原則上以一種為限。

④點滴式肌肉鬆弛劑及鎮定劑以需要性適度申報，應列為審查重點。

(5)其他

①會陰清洗-內含於護理費，不另外申報。

②冷敷、熱敷-依需要申報。

③胃灌食-依需要申報。

④靜脈幫浦（IV pump）胃引流－依需要申報。

(6)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。

(7)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。

(8) 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）

28. 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疾病管制局修訂之「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。

(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)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。大於 14 天者，書面申報時需檢附「結核病患隔離治療評估單」。(99/7/1)

29. 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：

①暫時性導管之時機（暫時性導管定義包含股/頸靜脈導管（69006C）及固定式中心靜脈導管（47059B 或 47061B））：
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：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。

②永久性血管通路形式之選擇與優先順序

- A. 血管通路以自體動靜脈瘻管（69032C）為首選，首選是腕部之自體動靜脈瘻管，其次是肘部的自體動靜脈瘻管。
- B. 若以上兩種瘻管無法做成時，可以植入人工血管（69034C）作為血管通路。
- 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（47059B 或 47061B）或將病人轉至腹膜透析治療。

③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. 預期在三個月後需要透析者。
- 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. 預期在三個月後需要透析者。
- 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. 預期在三個月後需要透析者。

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

④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：

①植入腹膜透析導管 (58012B) 之時機：

預期開始長期腹膜透析前至少兩週或以上。

②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，且

C. 預期在三個月後需要透析者。

③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，且

C. 預期在三個月後需要透析者。

④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 (17008B) 不得另行申報 57018B 脈動式或耳垂式血氧飽和監視器。(97/5/1)

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)

- (1). Total recording time, 6 小時 (MSLT 除外)。
- (2). 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。
- (3). 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)
- (4). 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 $5 < \text{RDI} < 15/\text{H}$ 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)

- (1). 應注意是否執行不必要之住院治療及不必要之常規檢查。
- (2). 化療後造成血球減少之案例應注意是否 CBC 檢查過於頻繁。
- (3). 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。
- (4). 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) 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。(97/5/1)

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 |

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、四個肢體共六區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。
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一天超過二次以上，應詳加說明。又第一次以 48014C 至 48017B 給付，第二次以 48018C 至 48021B 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。(98/3/1)
4. 未設置燒傷中心，燒傷病房之特約住診醫院，申報 48014C 至 48021B 項，超過二天應檢附病患照片憑核，否則以一般換藥給付。(98/3/1)
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。

(三)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。

(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)顯微血管游離瓣手術(62032B 至 62036B)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。

(八)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。

(九)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。

(十)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。

(十一)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。

(十二)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。)

(十三)靜脈曲張手術之審查原則：

1. 大隱靜脈系 (A)：

a. 大隱靜脈、股靜脈瓣逆血--單側以 69014B，雙側以 69015B 給付。

b. 穿通枝逆血--單側以 69019B、雙側依支付標準第二部第二章第七節規定辦理。

c. a + b --單側以 $69019B \times 1 + 69014B \times 1/2$ -- 雙側依支付標準第二部第二章第七節規定辦理。

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。

(十四)尿毒症病人行動靜脈瘻管成形術，使用自體血管與人工血管行吻合術者，以 69032C (末稍血管修補及吻合術)列報。(99/7/1)

(十五)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。

(十六)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。

(十七)神經斷裂吻合術之申報原則：

1. 皮膚神經之受傷勿須行神經斷裂吻合術，如申報此項目則予刪除。
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。

(十八)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。

(十九)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)則由審查醫師依個案病情專業認定。

(二十)褥瘡傷口之換藥，按傷口大小及實際處理情形申報。

(二十一)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。

(二十二)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。

(二十三)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，仍應依支付標準規定以專案報經本局同意後實施。

(二十四)頭皮腫瘤於髮線以內按 83048C 頭皮腫瘤申報。

(二十五)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。

(二十六)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。

(二十七)急診手術應於手術記錄單詳述急診手術理由。

(二十八)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。

(二十九)冠狀動脈繞道手術審查原則：

1. 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。
2. 另外取大隱靜脈及內乳動脈不另給付。

(三十)灌食管套之使用應符合適應症，並以每週給付一付為原則。

(三十一)一公分以上之膿瘍，以切開排膿(51020C)申報。

(三十二)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。

(三十三)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。

(三十四)申報甲床與手指重建術者(64140C)應檢附術前與術後彩色照片。

(三十五)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。

(三十六)論件計酬闌尾炎手術審查根據如左：

1. 臨床判斷參考病史、理學檢查、血球計數、手術發現等。
2. 有闌尾之病理檢查。
3. 有 periappendicitis, fecalith, congestion 等之病理變化者，得以「闌尾炎手術」申報。

(三十七)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。

(三十八)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「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部第二章第七節手術通則規定辦理。
2. 同一肺葉雖為多發之肺異常氣泡，仍只可申報一主手術。

(三十九)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費用支付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。

(四十)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。

(四十一)周邊血管杜卜勒氏血流測定(18008B)之適應症：

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，由審查醫師專業判斷。

(四十二)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 Rh₀(D)檢查，宜依現行支付標準規定辦理。
2. 其餘病患不得申報。

(四十三)胰臟膿瘍或胰炎引流術(75401B)、超音波導引下抽吸術

(19006B)、超音波導引下組織切片(19007B)之區別：

1. 胰臟膿瘍或胰炎引流術(75401B)，需具有：(1)上腹部手術切口，(2)局部探查，(3)取得檢體做細菌培養或細胞學檢查，(4)擴創術，(5)引流。申報費用時應檢附細菌培養及病理(細胞學)報告。
2. 超音波導引下抽吸術(19006B)，需為得知腫瘤或病變之細胞變異或為引流腹內膿瘍，使用穿刺針於超音波指引下，至體內取得細胞或引流膿液。申報費用時應檢附細胞檢查報告或細菌培養報告。
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，至體內取得組織。申報費用時應檢附病理檢查報告。

(四十四)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：

- (1)治療膽道發炎及其合併症。
- (2)膽管手術前減壓以降低手術併發症。
- (3)計劃實施膽管腔內放射治療。
- (4)計劃實施膽管內膽石截取術。

(四十五)隱睪症合併開放性腹膜鞘狀突時，仍應以隱睪丸固定術
(78607C、4550 點)申報。

(四十六)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。

(四十七)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。

(四十八)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. (1)經運動及飲食控制在半年以上。(2)年齡在 18~55 歲間。
(3)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。(4)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。(5)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。

(四十九) 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，經向本局報備後，於施行肝臟移植手術時可由該院自主事前審查：

(1) 一年執行量達 10 例以上之醫院

(2) 醫院內需有 2 位以上具行政院衛生署訂定摘取、移植手術執行資格之醫師

(3) 病患臨床狀況符合下列任一項者：

① 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

② 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

③遺傳代謝疾病導致肝硬化

(A)Wilson 氏症

(B)肝醣儲積症

(C)Tyrosinemia

④. 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

⑤. 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

⑥. 猛暴性肝衰竭

⑦. 再移植

⑧. 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

⑨. 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】

(4)病患肝病嚴重程度（適合移植時機），符合下列任一項：

①. 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

②. 頑固性腹水，積極治療 3 個月以上無效

③. 食道靜脈曲張出血發作 2（含）次以上

④. 肝腦病變，Grade2（含）以上，發作 2（含）次以上

⑤. 肝腎症候群

⑥. 凝血功能異常，INR>1.5

⑦. 反覆性膽道炎

⑧. 生長遲緩，BW<3 percentile

⑨. 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

⑩. 瀰漫型肝癌(diffuse-type hepatoma) 無其他器官轉移。

⑪. 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

⑫. 猛暴性肝炎。

⑬. 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

(5)為確保醫療品質，由本局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。

(五十)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)

(五十一)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)，已達第二度燒燙傷範圍並附上清晰之照片。(97/5/1)

(五十二)內痔結紮手術(74417C)之審查原則：(97/5/1)

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. 以半年為一療程，施行該項手術一個月不應超過二次，二個月不超過三次，半年內最多不超過三次。
4. 兩次手術時間至少應間隔二星期以上，經六週評估，仍有反覆發作者，建議仍應接受手術切除。

(五十三)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)

(五十四)希克曼氏導管植入術(47059B)及 Port-A 導管植入術(47080B)，不可以血管探查(69005B)申報，小兒年齡 15(含)歲以下除外。(97/5/1)(99/7/1)

(五十五)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)

(五十六)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)

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：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。
3. 對逕行使用第一線以外之抗生素、或其他高價藥物，應嚴格審查。
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. 維生素及鐵劑之醣漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。
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，並應優先使用第一線抗生素。」

(2)抗生素使用：若同時使用一種以上抗生素時，應檢附相關之微生物學培養報告或經醫師研判病情需要並記載於病歷上。

(3)抗生素之預防性使用以三天為原則。如必要得延長之，每次以七天為限。超過七天以上者，需要證明其有使用的必要性。

(4)下列情況之一可使用第一線以外之抗生素：

①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。

②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。

③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. 兒科病患常因病情變化等因素造成院所重覆給藥之困擾，審查醫師宜依病歷記載內容詳加審核，如為相同病情再給予相同藥物之情形則視為重覆用藥，應予核刪。

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. 小兒科檢傷分類概要分級表(詳附表九)。

11. 鼻用類固醇製劑每名病人以一個月一支為限，特殊情況得提出詳細理由說明。

12. 支氣管擴張劑、類固醇及化痰劑，經由 Nebulizer 給予的治療方式，規定如下：

(1)二歲以下不宜使用此項治療。

(2)須符合「全民健康保險藥品給付規定」相關規範。

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，而非常規每日申報。

14. 過敏免疫檢查及用藥：

(1)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。

(2)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。

(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、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。

(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. 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

(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。如病情特殊者，於申報醫療費用時應詳細說明理由。
3. 生產住院部分則參照「全民健康保險醫療費用支付標準」第七部第一章辦理。
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，由審查醫師作專業判斷。
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「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部第二章第七節通則辦理。
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。~~(99/7/1)

(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「全民健康保險藥品給付規定」之抗生素使用原則使用。

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(十六週加〇天)起，至三十七週前(三十六週加六天)。

7. Clomiphene citrate 除非為不孕之治療，否則不宜用來治療十五、十六歲月經異常病患，特殊個案如因病情需要，宜於病歷詳實記載，由審查醫師專業判斷。

(四)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除術(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。

(五)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。

(六)驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

(七)剖腹產併有子宮肌瘤者，原則不需做切除手術，如行切除者，需說明理由，且需附病理報告。

(八)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。

(九)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)~~「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，報備同意誇表者，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. 審查醫師於審查時，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。(99/7/1)~~

(十一)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, equal te placenta)(產前出血)。
4. Malpresentation(including twin with malpresentation)(胎位不正)。
5. Cord equal te(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 equal te,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(子癇前症)：
 - (1)uncorrectable severe preeclampsia。
 - (2)HELLP syndrome with failed induction(6hrs)。
 - (3)eclampsia with poor induction progress(6hrs)。
- 13.Extremly premature fetus < 1500gm(限有 NICU 設備者)。
(嬰兒體重<1500 公克)
- 14.Pelvic deformity(equal of poliomyelitis or traffic accident, etc.)(骨盤畸型)。
- 15.Fetal macrosomia(>4000gm EBW)(胎兒體重過重>4000 公克)。
- 16.Cephalopelvic disproportion (CPD)(胎頭骨盆不對稱)。
- 17.Obstrutive labor(e.g. myoma, ovarian tumor)。(阻塞性生產，如子宮肌瘤或卵巢腫塊)
- 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，但需詳細說明。(98/8/1)

(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)經腹腔鏡檢查，發現為黃體囊腫，行電燒手術止血者，應核實申報醫療費用，不應以論病例計酬案件申報。

(十五)因卵巢良性腫瘤，行雙側卵巢切除併行全子宮切除者，應核實申報醫療費，不應以全子宮切除論病例計酬案件申報。

(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)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. 需附病理報告。

(二十一)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。

(二十二)Folliculometry 不給付。

(二十三)施行息肉切除術及未懷孕之子宮刮除術者，需附病理報告。

(二十四)黴菌感染時，因 Ketoconazole 及 Mycostatin 均屬於第一線抗微生物製劑，故均可使用，但以使用一種藥物為原則；至於採用口服或陰道塞劑，也以使用一種為原則。

(二十五)一般 IUD 之取出，健保不給付，而 IUD displacement 之取出，可以陰道異物去除術申報。

(二十六)申報 PAP smear 費用，需檢附細胞檢查報告(非預防保健者)，以利審查。

(二十七)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共三天，換藥最多共三次。
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。

(二十八)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限，得併用陰道塞劑或藥膏。(97/5/1)

(二十九)產檢申報超音波檢查之原則：

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，需有適應症。

(三十)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。

(三十一)申報懷孕試驗，需於檢送之病歷記載結果。

(三十二)同一病灶拆線時，不可同時申報換藥費用。

(三十三)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。

(三十四)手術麻醉中未使用 Pulse or ear Oximetry(57017B)，不得申報該項費用，另氣管內插管(47031C)費用，已含於麻醉費用內不得另計。又除病情需要，不可同時申報一般導尿及留置導尿。

(三十五)子宮頸楔狀切除術 conization 原則上不需住院，若需住院時以一天為原則，病情特殊者須詳述理由。

六、骨科審查注意事項

(一)股骨頸骨折應以使用內固定治療為原則；若是移位性骨折例如

Gardner 第三或四型需使用 bipolar prothesis 時，年齡須超過六十歲；超過八十歲者以使用 Moore' s prothesis 為原則，特殊情況者應檢附 Karnofsky Scale 及 X-ray 並說明理由事前專案申請。

(二)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。

(三)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，得依全民健康保險醫事服務機構審查辦法第 23 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。

(四)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；屬四節椎體(含)以內者可使用一組 cross link，屬五節椎體(含)以上者可使用二組 cross link。

(五)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)~~全人工關節置換術(THR 及 TKR)已採論病例計酬方式給付，故只審查其診療必要性，不審查特材之廠牌，但訂製型(custom-made)之人工髖、膝關節事前審查時仍需審查其廠牌。~~(99/7/1)

(七)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 k pin 以不住院為原則。

(八)注意骨科特殊材料之使用有無依全民健康保險醫療費用支付標準規定辦理。

(九)股骨頭缺血壞死併軟骨下骨折或骨股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)

(十)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，同一手術同時做兩種以上手術則依第三部第七章通則六之規定辦理，「關節」之定義為骨骺之間為標準。

(十一)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 fracture dislocation 急診無法復位需行內固定者
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。

(十二)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。

(十三)

1. 59007B 高壓氧治療慢性復發骨髓炎適應症：(97/5/1)

(1)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)。

(2)重要部位之急性骨髓炎，如臉骨、顱骨及胸骨。

(3)每次療程以廿次為宜。

2. 必要檢查(送審資料)：

(1)疾病史及身體檢查，並有傷口流膿或皮下瘻管。

(2)血液常規及發炎指數。

(3)骨骼X光檢查。

(4)核醫骨掃描、斷層檢查或磁震造影。

(5)必要時可提供傷口片供參考。

3. 第二次以上申請高壓氧氣治療原則：

(1)必須與前次治療至少相隔四到六個月以上。

(2)再次申請時要提出以下說明，並由專案審核通過。

①前次治療失敗原因。

②本次治療計畫。

(十四)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。

(十五)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。

(十六)脊髓造影檢查(如 33054B-33058B)住院以一天內為原則。

(十七)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)

七、泌尿科審查注意事項

(一)前列腺切除術(79404B、79405B、79406B、79411B、79412B、97401K、97402A、97403B)：

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，並依支付標準第二部第二章第七節手術通則六之規定辦理。
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支付標準第二部第二章第七節手術通則規定辦理。
5. 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。(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，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)

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)(50023B、50024B、97405K、97406A、97420B、97407K、97408A、97421B、97409K、97410A、97422B、97411K、97412A、97423B)應：

(1)申報費用時應檢附以下資料：

①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。

②影像學檢查報告：須包括下列三者之一，1. KUB 及 Sono、或 2. 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，則請各審查醫師自行評估。

(3)腎臟或輸尿管個別結石最大徑大於 0.5cm(輸尿管個別結石最大徑小於 0.5cm 時，需合併明顯阻塞、重覆感染或腎絞痛)。

(4)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)。

(四)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 20mcg，一生三次為限。

~~(五)Gn-RH Analogue 使用於前列腺癌之病人，原則上以 stage T3 或 N1 或 M1 以上之病人方得申請事前審查，申請時請檢附病理報告、PSA 值及相關檢查報告，如：CT Scan、MRI 或 Bone Scan；如為申請續用案件，請敘明使用過程。另已接受兩側睪丸切除術者，不適合申請使~~

用。(97/5/1)(99/7/1)

(六)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。

(七)雙丁輸尿管導管之更換，只申報置入費用(50019C)，不應申報同時段之拔除費用。

(八)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。

(九)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)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。

(十一)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)

(十二)施行輸尿管鏡碎石術時採用全身麻醉, 需說明理由。.(97/5/1)

(十三)輸尿管鏡碎石術後留置雙-J 型導管, 需說明理由。(97/5/1)

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「全民健康保險醫療費用支付標準」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。
- (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，審查醫師應加強審核。鼻填塞物取出，可以申報鼻填塞物取出(54023C)項。
- (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)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)。
- (五)多項手術申報方式，依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)
- (六)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。
- (七)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。
- (八)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「全民健康保險醫療費用支付標準」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。單純局部噴灑藥物，包含於基本診療費內，不另支付。另須於病歷上詳細記錄檢查所見及繪圖備查。(97/5/1)(99/7/1)

(九)需經上頰竇切除翼管神經者，方得以翼管神經切除術(65035B)項目申報費用。

(十)耳鼻喉部之手術如：SMT、UPPV 或喉乳突手術不應再另外申報雷射手術之點數。

(十一)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。

(十二)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。

(十三)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)。

(1)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。

(2)FESS(內視鏡功能鼻竇手術)手術前、後之 sinuscope：手術前一次、手術後若有必要每個月一次，最多三次。故手術前後，合計最多申報四次為原則。(97/5/1)

(3)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。

(4)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)

(1)聲門打開及關閉兩項，至少兩張之相片。

(2)粘膜移動波之判定報告。

(3)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 bronchosocpy，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. 須於病歷上詳細記錄檢查所見及繪圖備查。(99/7/1)

(十四)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。

(十五)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 檢查應依照支付標準表上之規定項目。

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。

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。

註：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。

(十六)論病例計酬案件「鼻中隔鼻道成形術(單、雙側)，無主要合併症或併發症(住院)(97706K、97707A、97708B)」之適應症、出院狀況(詳如附表十一)。

註：對未成年患者手術，應加強審查其適應症。(97/5/1)

(十七)論病例計酬案件「顎、咽扁桃摘出術，無主要合併症或併發症(住院)(97701K、97702A、97703B)之適應症、出院狀況(詳附表十二)。

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。

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。

(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. 可住院亦可門診處置，由各醫師權衡病況而定，惟單眼白內障手術住院以三日內為原則。
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，口服抗生素以三日內為原則。
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。
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. 麻醉以球後麻醉為主。
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. 每一醫師每月白內障手術超過四十例者，應加強審查。
12. 白內障手術申報需附手術同意書，且手術項目應全部以中文書

寫，手術紀錄應有植入人工水晶體之標籤。

13. 除特殊情況外，不得一次同時施行兩眼白內障手術，但事前審查仍可兩眼同時送審且需遵循上述原則。(99/7/1)
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，如因散光縫線調整應附電腦驗光之度數或角膜弧度測量值，可以依角膜縫線拆除術(顯微鏡下)(85205C)申報，以乙次為原則。(中央健康保險局 90 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 號函)
15. 同時執行「水晶體囊內(外)摘除術」及「眼坦部玻璃體切除術」，應依本局規定辦理，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費用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)

(五)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：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 90 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 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)。

(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)。

(3)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)。

(4)簡單的以視網膜變性或裂孔，冷凍治療法 (86404B)項為依據。

(5)單純引流：網膜再附著術及排液術(86403B)項。

(六)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。

(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：斜視若矯正係為美容者，不予給付；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。

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—60014C)：

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。

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 項及二次 60008C 項費用。
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. 雷射後囊切開術－初診(60013C)項原則上壹次即可，須於白內障術後一個月以上方可實施且須有視力矯正紀錄。病歷需記載術前及施術情形。
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)

(十)因病情需要，同時實施兩眼手術，視為不同手術野，得分別計費。

(十一)細隙燈檢查須附上圖形並詳述病情，不可只寫病名即申報，其適應症範圍：

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。

(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)：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。

(二十)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。

(二十一)病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述與圖示、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)

(二十二)施行青光眼雷射治療之必備檢查中，隅角鏡檢查可分別申報，且應於雷射治療前完成，並以申報乙次為原則。(中央健康保險局 90 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 號函)

(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 90 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 號函)

~~(二十四)申報方式，依同一療程之相關規定，即同一療程之醫療費用應於療程結束後合併申報；另如屬跨月之療程得拆帳分開申報。又療程中如因其他疾病就診時，不計入療程計算，可另行申報藥費及診察費。(中央健康保險局 90 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 號函)(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)，應檢附兩眼正(平)視前方之術前照片以資備查。(99/7/1)

十、皮膚科審查注意事項

(一)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，若未註明則本局不予給付。病情穩定者，同一療程以六次為原則。(97/5/1)(99/7/1)
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。

(二)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)六歲以下孩童或臉部，得以診療項目代碼 51017C 申報醫療費用。
(99/7/1)

(三)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)

~~(四)電燒治療：~~

~~1. 申報原則：~~

~~(1)皮膚電燒灼治療—單純(51005C)：面積小於二平方公分。~~

~~(2)皮膚電燒灼治療—複雜(51006C)：面積大於二平方公分。~~

- ~~2. 適應症：限用於各種皮膚腫瘤、疣。(99/7/1)~~

(五)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。

(六)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。

(七)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。

(八)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)。

(九)審查醫師如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後申報時應檢附照片。

(十)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。

(十一)皮膚科使用 tranexamic acid 之適應症限於皮膚出血性疾病。

(十二)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。

(十三)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。

(十四)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(Periungal 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。

(十五)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。

(十六)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、黃疸性皮膚癢症及後天性免疫缺乏徵候群之發癢性疹。尿毒性、黃疸性皮膚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。

(十七)皮膚疾病使用 Antihistamine(抗組織胺)藥最多不超過 2 種為原

則。

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，應請神經科審查醫師加強審查之。
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)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，請神經科審查醫師加強審查之，以避免不必要住院之浮濫發生。
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，應請神經科審查醫師加強審查之，每種藥宜標明劑量、起迄日期及總量。
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. 加護病房或重症之病患得視需要，每星期監測一次必要之血液生化及電解質檢查。(97/5/1)
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。

(三)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，由審查醫師依學理基礎個案審查。
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 20013A(頸動脈超音波)、20021A(眼動脈流速測定)二項檢查之適應症：

①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)。

②腦血管疾病高危險群。

③其他特殊腦血管疾病。

6. 施行 20026A(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)。

(四)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：

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(20024B)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(20023B)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(20001C、20002C、20004B、20005B、20006B)申報應檢附檢查報告，參考條件如下：

(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：

- ①痙攣性異常疾病，包括癲癇之診斷、追蹤與治療評估。
- ②類癲癇或假性癲癇之鑑別診斷。
- ③中毒性或代謝性腦症。
- ④病因待確定的昏迷或意識障礙。
- ⑤疑腦死。
- ⑥腦血流循環降低之病情。
- ⑦腦膜腦炎
- ⑧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。
- ⑨其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：

①腦瘤

②腦中風

③頭部外傷

④慢性硬膜下血腫(99/7/1)

⑤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：

①小腦疾病或病變。

②侵犯顱神經或長徑路但未波及網狀中心系統之腦幹病變。

③精神科疾病。

④阿茲海默症、帕金森氏症、威爾森氏症、脊髓小腦退化症等。

⑤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

(一)輕度頭部外傷審查規範：

1. 入出院標準

(1)依 mAEP 做為輕度頭部外傷入出院參考標準。

(2)需住院條件：有 ILOC (Injury induced 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，若無變化以 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)

(3)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

(1)必要檢查：Skull X-ray、CXR、EKG、Blood Routine、PT、PTT、GOT、GPT、BUN、Cr、Na、K、Sugar、Brain CT。

(2)須註明理由之檢查：酒精濃度、Skull 其他 view、C-spine pelvis。

3. 抗生素使用

(1) 有 Contaminated deep wound 經縫合或創傷處置後，或有 Clean-wound 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。

(2) 無明顯外傷不應使用，使用規範依一般傷口處理原則。

(3)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。

(二)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。

(三)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 3 至 5 天為宜。

(四)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。

(五)Perineal care、Foley care 不分性別應皆可申報，惟應注意其 indication，不應 routine 申報。

(六)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。

(七)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。

(八)Diprivan 之使用，依藥品使用規範為原則，不宜超過 1 星期。

(九)手術申報規範如下：

- 1.elayed 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)Discectomy 可以申報 Discectomy×1+Laminectomy×1/2。
- 3.Open depressed fracture+ICH，除 ICH 之申報外，可申 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 SMR1/2。另 Bone Graft 可申報 64002B，若取皮下組織、脂肪可申報 62009C。

(十)加馬機及立體定位 X 光刀放射手術適應症如下：

1. 以腦內病灶直徑小於 3 公分或容積 20 立方公分以下之腦內深部或侵犯功能區之動靜脈畸型、血管瘤及腫瘤，且須符合以下條件之一：

(1)曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。

(2)開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。

(3)有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適全身麻醉者。

(4)原發惡性或轉移性腦瘤，不適開顱手術者，且 Karnofsky performance scale(KPS) 70 或 ECOG 0-1 者。

2. 不適手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。

3. 須事前專案申請。(以上 94/2/25)

(十一)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，審查依個案病情審查。(97/5/1)

(十二)Disectomy 可以不需 Laminectomy 即可辦到，則不能申報 Laminectomy 為副刀，如 endoscope surgery，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。(97/5/1)

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)，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。

(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)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。審查醫師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。

(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)以每週二次為原則，視病情需要得增減，病歷上應有紀錄。
- (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。(99/7/1)

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。
- (3) 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

- (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)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。

(七)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。

(八)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。

(九)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)人格特質鑑定(45055C)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。

(十一)職能評鑑(45049C)每月最多申報一次，病歷上應有紀錄

(十二)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。

(十三)對兒童、智能不足、癡呆、老年癡呆、精神分裂症等病患之主要照顧者施行治療，檢附具體之家族治療及特殊心理治療紀錄者，得申報家族治療及特殊心理治療。(95/7/15)

(十四)精神疾病社區復健案件送審時，應檢附復健計畫書(含個案問題、復健目標、復健計畫及執行效果)供審查參考。(97/5/1)

(十五)精神科康復之家應鼓勵住民回家或獨立居住，長期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。(97/5/1)

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師專業認定之。
- (二)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報告。(雖已排定時間而病患未接受治療，不得申報費用)。
- (三)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)
- (四)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。
- (五)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)
- (六)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。
- (七)住院日數偏高個案，審查醫師得請醫療院所檢附相關病歷資料影本供審查參考。
- (八)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)
- (九)復健治療，使用紅外線及紫外線治療時，不得以 51018B 或 51019B

申報。

(十)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。

(十一)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。

(十二)雅節關節內注射劑 ARTZ/ ARTZDispo 注射期間不可同時申報膝部復健治療之費用。

(十三)43010C 至 43023C 之申報限醫療院所之自製產品方可申報。

(十四)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。

(十五)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。

(十六)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。申報支付標準「42016C 物理治療評估」者，應填具物理治療評估表，本局「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)

(十七)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)

(十八)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处方之院所抽審案件，同步檢附復健治療相關紀錄(含治療成效)影本送審。

(98/3/1)

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。

(二)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。

(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)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。

(九)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)

(十)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。

(十一)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)。

(十二)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。

(十三)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

- (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，一般性(25003C)，第四級外科病理，複雜性(25004C)，第五級外科病理，中度複雜性(25024C)，第六級外科病理，高度複雜性(25025C)】之計價依支付標準辦理，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。
- (二)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。
- (三)病理科申復案件及無法明列於支付標準之病理切片案件，應由病理科審查醫師審查。

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，並宜請麻醉審查醫師依專業認定是否合理。
- (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，審查醫師得按前述資料核實給付。
- (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師依專業認定。
- (六) 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)
- (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(詳如附表十八)。

(十一)有關麻醉申復案件，應由麻醉審查醫師審查。

(十二)凡申報 96011C 神經叢阻斷術，必須加註神經叢之解剖名稱。

(十三)依全民健康保險醫療費用支付標準第 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)

第二部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 案件審查注意事項

壹、通則(99/1/1)

一、本審查注意事項適用於屬支付標準第九部「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。

二、Tw-DRGs 案件專業審查重點包括：

- (一)入院或主手術(處置)必要性。
- (二)診斷與處置之適當性。
- (三)診斷與處置編碼之正確性。
- (四)住院範圍相關費用之轉移。
- (五)超過上限臨界值(Outlier)案件醫療費用之適當性。
- (六)出院狀況是否穩定。
- (七)醫療品質之適當性。

三、疾病分類編碼審查原則

(一)Tw-DRG 之疾病分類代碼以 ICD-9-CM 2001 年版為依據。

(二)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。

(三)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：

(1)需臨床上之評估(Clinical Evaluation)、治療(Therapeutic Treatment)

或診斷性之處置(Diagnostic Procedures)者。

(2)會延長住院天數(Extended Length of Hospital Stay)者。

(3)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。

(四)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。

(五)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。

(六)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。

(七)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。

(八)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：

(一)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。

(二)主手術或處置之醫療品質不符專業認定。(99/4/1)

(三)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。

檢傷分類概要分級表(99/7/1)

附表一

| | 檢傷分類第一級 | 檢傷分類第二級 | 檢傷分類第三級 | 檢傷分類第四級 |
|------|------------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| | 病況危急，如不立即處理將危及生命者，應立即處理 | 符合急診條件，雖不會立即危及生命，但病人相當痛苦，或生命徵象異常，應在十分鐘內處理。 | 符合急診條件，但不屬於第二級者，應在三十分鐘內處理。 | 不符合急診條件，應可延後處理或勸說去看門診 |
| BP | SBP<=80 mmHg 或 SBP>=220 mmHg | 220>SBP180 mmHg | | |
| PR | | | | |
| RR | | | | |
| BT | BT>=41 或 BT<=32 | 40>BT>39 或 35>BT>32 | >39 | |
| 一般 | 心跳或呼吸停止 | | | |
| | 呼吸窘迫 | | | |
| | 轉院病人已插有氣管內管或胸管者 | | | |
| 非創傷 | 胸痛高度懷疑是心臟原因者 | 突發性神經學症狀 | 解血便、吐血、咳血但生命現象穩定者 | |
| | 內出血無法控制者 | 暈眩嚴重者、昏厥但意識恢復者 | 頭痛、腹痛、背痛、腰痛、關節痛合乎急診條件者 | |
| | 中毒而危及生命者 | 急性尿滯留 | 血尿或 renal:colic | |
| | 抽搐不止者 | 頭痛、腹痛、背痛、腰痛症狀嚴重 | 抽搐已停止 | |
| | 突然或近期昏迷之病人 | 心律不整但血壓正常者 | 皮膚疹症狀嚴重 | |
| | 吸入性傷害或發紺者 | 胸痛原因不明顯者 | 服藥過量但意識清楚 | |
| | | | | |
| | | | | |
| 創傷 | 外傷出血無法控制者 | 可能有骨折者 | 無傷口之軟組織傷害 | |
| | 車禍、高處墜落、大而深的傷口、開放性骨折 | 小的開放性傷口 | | |
| | 長骨或骨盆腔骨折者 | 二或三度燒傷 BSA18-40% | | |
| | 開放性頭骨破裂、腦組織外露、頭部嚴重畸形 | 運動傷害之關節腫痛 | | |
| | 胸腹開放性傷口、內臟外露 | | | |
| | 氣管破裂或需要建立 surgical airway 者 | | | |
| | 頭部或脊椎傷害合併四肢癱瘓者 | | | |
| | 顏面、會陰燒傷、二或三度燒傷 BSA>40% | | | |
| 特殊外傷 | 毒蛇咬傷 | 昆蟲螫咬、動物咬傷 | 動物抓傷 | |
| | 大量皮下氣腫 | | | |
| | 槍傷或尖銳物品穿刺傷 | | | |
| 其他 | 性侵害受暴婦女 | 自殺行為或傾向 | | |
| | 急產 | 攻擊性行為 | | |

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

「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」專業審查表

| | | |
|---|---|---|
| 基本 資料 | 醫院代號及簡稱：_____ 申報醫師 ID：_____ | |
| | 病人姓名：_____ 流水號：_____ 費用年月：____年____月 | |
| | 身分證字號：_____ 出生日期：_____ | |
| 請審查醫師加重審查事項（行政人員填寫）： | | |
| <input type="checkbox"/> 為出院十六日內再住院案件，請審查二次住院是否為同一病因。 | | |
| 住院 療護 收案 條件 | <input type="checkbox"/> 1. 癌症末期確定病患對各種治癒性治療效果不佳。（必要條件） <input type="checkbox"/> 2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。 3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如： <input type="checkbox"/> 高血鈣 <input type="checkbox"/> 脊髓壓迫 <input type="checkbox"/> 急性疼痛 <input type="checkbox"/> 嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/> 惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫瘤（塊）潰瘍 <input type="checkbox"/> 嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/> 發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/> 癲癇發作 <input type="checkbox"/> 急性膽妄 <input type="checkbox"/> 急性精神壓力，如自殺意圖 | |
| 結案 條件 | <input type="checkbox"/> 個案死亡 <input type="checkbox"/> 個案出院（離開試辦計畫之整合性照護系統） | |
| 審查 結果 | ★論日計酬部分： <input type="checkbox"/> 不符收案適應症，應整筆核刪 <input type="checkbox"/> 不符收案適應症，改一般案件支付 <input type="checkbox"/> 住院日不適當，應核扣__日 <input type="checkbox"/> 申報住院日數與病歷記載不符，應核扣____日 <input type="checkbox"/> 專業審查通過 | ★論量計酬部分：（特定診療項目） <input type="checkbox"/> 申報之診療項目與病歷記載不符 <input type="checkbox"/> 未於病歷詳載其實施治療之目的 <input type="checkbox"/> 不符合安寧緩和醫療之適應症 <input type="checkbox"/> 專業審查通過 |
| <input type="checkbox"/> 其他： | | 審查醫師 |

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 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 治療前血壓： |
| 血脂異常症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 治療前檢查數值： |
| 吸菸 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 每日 支；歷經 年；已戒菸 |
| 家族罹患血管粥狀硬化疾病者： | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| <input type="checkbox"/> 有 | （請註明和病人的親屬關係和診斷病名）： | | |

| | | |
|-------|----------------------------|----------------------------|
| 糖尿病： | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 肥胖症： | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 痛 風： | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 急躁性格： | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 缺乏運動： | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 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

經皮冠狀動脈擴張之審查原則

(PCI—Percutaneous Coronary Intervention)

(97/5/1)(99/7/1)

一、適應症：

I 慢性冠狀血管疾病(Chronic coronary artery disease)

1. 單條血管疾病

- A. 運動心電圖於低階(6 Mets)即出現陽性結果。(99/7/1)
- B. 其他壓力試驗(stress tests)如鈹-201 心肌血流灌注等檢查，出現可復性心肌缺氧。
- C. 因心室心搏過速(VT)心室顫動(VF)或心跳停止(Cardiac arrest)經急救之後。
- D. 經藥物治療，症狀仍不易控制，仍有心絞痛且有心肌缺氧之證據且冠狀動脈攝影顯示左冠狀動脈主幹狹窄 $>50\%$ ，或左前降支狹窄 $>70\%$ ，右冠狀動脈或左迴旋支須為顯要血管且狹窄 $>70\%$ 者。(註：左冠狀動脈主幹狹窄宜採血管繞道手術)
- E. 雖經藥物治療而無症狀，但中等面積以上之心肌可能因該病灶阻塞而受損傷。

2. 多條血管疾病

A. 無症狀或僅輕微症狀者：

- a. 狹窄血管血流供應大片存活的心肌。
- b. 接受藥物治療時，仍出現明顯之心肌缺氧經檢查有心肌缺氧之證據且冠狀動脈攝影顯示左冠狀動脈主幹狹窄 $>50\%$ ，或左前降支狹窄 $>70\%$ ，右冠狀動脈或左迴旋支須為顯要血管且狹窄 $>70\%$ 者。
- c. 無心肌梗塞，但出現心室心搏過速或心室顫動，曾經急救者，且左冠狀動脈主幹狹窄 $>50\%$ ，或左前降支狹窄 $>70\%$ ，右冠狀動脈或左迴旋支狹窄 $>70\%$ 者。
(99/7/1)

B. 有症狀者：

- a. 經檢查有心肌缺氧之證據且冠狀動脈攝影顯示左冠狀動脈主幹狹窄 $>50\%$ ，或左前降支狹窄 $>70\%$ ，右冠狀動脈或左迴旋支須為顯要血管且狹窄 $>70\%$ 者。
- b. 對藥物治療的反應不好，仍有心絞痛且有心肌缺氧之證據者且冠狀動脈攝影顯示左冠狀動脈主幹狹窄 $>50\%$ ，或左前降支狹窄 $>70\%$ ，右冠狀動脈或左迴旋支須

為顯要血管且狹窄 $>70\%$ 者。

c. 因藥物副作用而無法接受藥物治療者。

II 急性心肌梗塞(Acute myocardial infarction, Acute MI)

A. 急性心肌梗塞之直接冠狀血管擴張術(Primary PCI for Acute MI)(99/7/1)

- a. 症狀出現後至十二小時。
- b. 心因性休克。
- c. 症狀出現十二至廿四小時內，臨床判定為心肌梗塞，梗塞仍有胸痛症狀者。
(99/7/1)
- d. 經血栓溶解劑治療臨床判定無療效者。

B. 急性心肌梗塞之後

- a. 復發性心絞痛。
- b. 出院前經檢查有心肌缺氧之證據且冠狀動脈攝影顯示左冠狀動脈主幹狹窄 $>50\%$ ，或左前降支狹窄 $>70\%$ ，右冠狀動脈或左迴旋支須為顯要血管且狹窄 $>70\%$ 者。
- c. 持續性心室心搏過速或心室顫動。
- d. 曾出現心因性休克。
- e. 沒有症狀，但冠狀血管攝影顯示梗塞相關血管(Infarct-related vessel)血流仍供應中等至大範圍之心肌者。

二、送審所需之基本資料

A. 病歷記錄：有詳細之病人病史、身體檢查檢驗等資料。

B. 非侵襲性心肌缺氧證據資料。

- 1. 心電圖。
- 2. 24 小時心電圖（有嚴重心律不整或心肌缺氧者）。
- 3. 壓力測試(stress testing)。
 - a. 運動心電圖。
 - b. 鉍 201 心肌灌注檢查。
 - c. 放射核種心臟血管造影檢查。
 - d. 超音波心臟圖。

e. 其他壓力測試陽性反應者。

註：B類其中任何一項即可。

C. 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)

中央健康保險局特約醫事服務機構透析日期及 EPO 注射紀錄表

附表七

八十八年元月五日訂定

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 2 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 3 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 4 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 5 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 6 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 7 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 8 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 9 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | 10 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | 日期 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | Hct | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 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. 流水號欄請依中央健康保險局特約醫事服務機構門診處方及治療明細之流水號碼填字。

洗腎異常動態表

民國八十八年元月五日訂定

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 _____ Co_2 _____☐ 附 X 光片或報告

四、洗腎異常理由 _____

醫師簽名 _____ 專科證號 _____

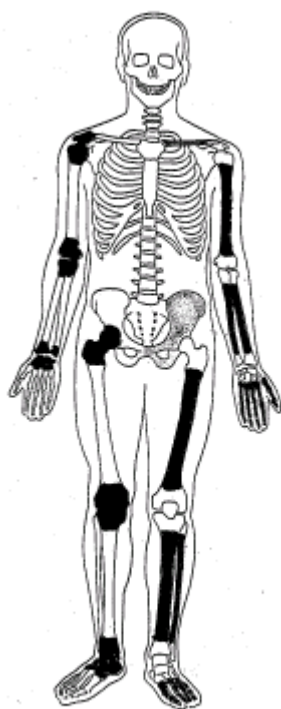
檢傷分類概要分級表(小兒科)

| 小兒非創傷(18歲以下之嬰幼兒與孩童) | | | | | | | | |
|---------------------|--|----------------------|----------------------|--|-------------|----------|------------------|------------------------|
| | 第一級 | | | 第二級 | | | 第三級 | 第四級 |
| VIATAL SING | <3M | 3M-3Y | >3Y-18Y | <3M | 3M-3Y | >3Y-18Y | | |
| BP | | | | | | | | |
| PR | ≤100 或 ≥200 | ≤80 或 ≥180 | ≤60 或 ≥150 | ≤110 或 ≥180 | ≤100 或 ≥150 | | | |
| RR | ≥60 或 ≤20 或 呼吸不規則 | ≥50 或 ≤20 或 呼吸不規則 | ≥40 或 ≤15 或 呼吸不規則 | 50≤RR≤60 | 40≤RR≤50 | 30≤RR≤40 | | |
| BT(°C) | ≥39°C或<35°C | ≥39°C或<35°C | ≥39°C或<35°C | ≥38.5°C | ≥38.5°C | ≥38.5°C | ≥38.5°C | |
| 疾病 | 1. 心跳或呼吸停止 2. 轉院病人已插有氣管內管或胸管者 3. 內出血無法控制者 4. 中毒而危及生命者 5. 正抽搐之病人 6. 突然或近期昏迷(含不能辨識父母或刺激無反應) 7. 吸入性傷害 8. 發紺 9. 呼吸窘迫有明顯胸凹者 10. 發燒合併有出血點者 11. 免疫不全患者發燒(>38.5°C) 12. 脫水>10% 13. 早產兒體重≤1500 公克 14. 新生兒黃疸膽紅素≥20mg/dl 15. 溺水 16. 心律不整，有危及生命者 17. 強暴(依衛生署規定) 18. 血糖控制不良 19. 情況異常不穩定者 | | | 1. 抽搐已停止者 2. 突發性神經學症狀 3. 嗜睡或哭鬧不安，但刺激有反應者 4. 主訴頭痛、腹痛、或其他部位疼痛嚴重者 5. 有出血傾向者(含流鼻血、吐血、咳血、或有出血點者) 6. 心律不整但血壓正常 7. 三歲以下幼兒明顯上吐或下瀉有脫水之虞者 8. 懷疑誤食異物、藥品、其它物質有潛在危險性者 9. 符合急迫情況者 10. 早產兒體重>1500 公克 11. 新生兒黃疸膽紅素≥15mg/dl 12. 吸入胎便 13. 突發性體溫不穩者 | | | 不在一、二級之內合乎急診條件者。 | 不符合急診條件，應可延後處理或勸說去看門診。 |

手術野圖示表

不同顏色為不同手術野

Hemi-pelvis 為一手術野



全民健康保險論病例計酬案件專業審查表

【鼻中隔鼻道成形術（單、雙側），無主要合併症或併發症（住院）】

本個案行政審查 ☐ 通過 本月申報件數：____件

| | | | |
|---|--|--|--|
| 基本 資料 | 醫院代號及簡稱：_____ 執行醫師 ID：_____ 病人姓名：_____ 流水號：_____ 費用年月：_____年_____月 身分證字號：_____ 出生日期：_____年_____月_____日 | | |
| 請審查醫師加重審查事項(行政人員填寫)： <input type="checkbox"/> 為出院十四日內再住院案件，請審查二次住院是否為同一病因。 <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| 手術 適應症 (任一項) | <input type="checkbox"/> 1. 鼻中隔彎曲，合併肥厚性鼻炎或鼻過敏，且慢性鼻塞經藥物治療無效 | | |
| 病理 報告 | 申報項目： <input type="checkbox"/> 25001C <input type="checkbox"/> 25002C <input type="checkbox"/> 25003C <input type="checkbox"/> 25004C <input type="checkbox"/> 25024C <input type="checkbox"/> 25025C 病理報告： <input type="checkbox"/> 有附： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 未附 | | |
| 麻醉 狀況 | 施行方式： <input type="checkbox"/> 54012C <input type="checkbox"/> 96004C <input type="checkbox"/> 96010C <input type="checkbox"/> 96017C <input type="checkbox"/> 96020C 施行時間（依支付標準規定）：_____分 執行醫師： <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 非專科 | | |
| 出院 狀況 (*為未付標準規定項目) | *1. 正常生命徵象： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *2. 傷口無出血、血腫、感染： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *3. 鼻填塞物已取出： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 審 查 結 果 | <input type="checkbox"/> 專業審查通過 <input type="checkbox"/> 不符手術適應症，應整筆核刪。 <input type="checkbox"/> 不符出院狀況 <input type="checkbox"/> 改按一般案件給付(核扣在醫令清單) <input type="checkbox"/> 改按：_____類論病例計酬給付 <input type="checkbox"/> 申報之診療項目與病歷記載不符： <input type="checkbox"/> 出院十四日內再住院： <input type="checkbox"/> 屬同一病因，應與論病例計酬併案申報 <input type="checkbox"/> 非同一病因，可分開申報 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <div style="text-align: right;"> 初審醫師 <input type="text"/> 複審醫師 <input type="text"/> </div> | | |

全民健康保險論病例計酬案件專業審查表

【顎、咽扁桃摘出術，無主要合併症或併發症(住院)】

本個案行政審查☐通過 本月申報件數：____件 可核實申報件數____件，已申報____件

| | | | |
|---|--|--|--|
| 基本資料 | 醫院代號及簡稱：_____ 執行醫師 ID：_____ 病人姓名：_____ 流水號：_____ 費用年月：_____年____月____日 身分證字號：_____ 出生日期：_____年____月____日 | | |
| 請審查醫師加重審查事項(行政人員填寫)： <input type="checkbox"/> 為出院十四日內再住院案件，請審查二次住院是否為同一病因。 <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| 手術適應症 (任一項) | <input type="checkbox"/> 1. 急性扁桃腺炎反覆發作(小孩一年三次以上，大人一年四次以上) <input type="checkbox"/> 2. 有客觀證據證明扁桃腺腫大引發併發症 <input type="checkbox"/> 3. 慢性扁桃腺炎：六個月以上 | | |
| 病理報告 | 申報項目： <input type="checkbox"/> 25001C <input type="checkbox"/> 25002C <input type="checkbox"/> 25003C <input type="checkbox"/> 25004C <input type="checkbox"/> 25024C <input type="checkbox"/> 25025C 病理報告： <input type="checkbox"/> 有附： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 未附 | | |
| 麻醉狀況 | 施行方式： <input type="checkbox"/> 96004C <input type="checkbox"/> 96020C 施行時間(依支付標準規定)：_____分 執行醫師： <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 非專科 | | |
| 出院狀況 (*為未付標準規定項目) | *1. 傷口無出血、感染： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *2. 正常生命徵象： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *3. 無呼吸困難： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 無進食困難： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 審查結果 | <input type="checkbox"/> 專業審查通過 <input type="checkbox"/> 不符手術適應症，應整筆核刪。 <input type="checkbox"/> 不符出院狀況 <input type="checkbox"/> 改按一般案件給付(核扣在醫令清單) <input type="checkbox"/> 改按：_____類論病例計酬給付 <input type="checkbox"/> 申報之診療項目與病歷記載不符： <input type="checkbox"/> 出院十四日內再住院： <input type="checkbox"/> 屬同一病因，應與論病例計酬併案申報 <input type="checkbox"/> 非同一病因，可分開申報 <input type="checkbox"/> 其他： <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">初審醫師</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> <div style="text-align: center;">複審醫師</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> </div> | | |

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 | | | | | | | |

附表十五

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。

附表十六

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) | | · 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 · 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， · 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、居家治療計劃之擬定與訓練 <input type="checkbox"/> 其他 | |

麻醉前評估

附表十八

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>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 | OR() | | | | | | | | | | |
| 病歷號 | AGE | WT. | | | | | | | | | | | PREVIOUS ANES HX Y/N | | | | | | | | | | | |
| 科別 床號 | NPO | Y/N | ANESTHESIOLOGIST | | | | | RESIDENT | | | | | PRE-OP CONDITION | | | | | | | | | | | |
| ASA 1 2 3 4 5 6 | A. B | O AB | SURGEON | | | | | ANESTHETIC NURSE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RH | +/- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRE-OP DX | | | PROCEDURE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANES METHOD | | | AGENTS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTUBATION | | | FLUID | | N2O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S. # C. X. A. B. F. | | | | | O2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L. cm N. O. D. T. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREMEDICATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDUCTION | | | EBL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | URINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | SpO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ETCO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TIME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | BP | | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | HR | | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | BT | | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ANESX | | 36 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONITOR | | | IN-/ | | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Exiube | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ~ /v | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | OP | | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECG A-LINE NIBP CVP SpO2 PA Cath ETCO2 EEG TEMP TEE | | | BP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | mmHg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | HR | | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | SPONT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ASSIT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | CONTL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL INTAKE | | | /min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRYSTALLOID cc COLLOID cc WHOLE BLOOD u PACK RBC u PLATELET u FFP u TOTAL OUTPUT BLOOD LOSS cc URINE cc NG cc OTHER | | | REMARK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | POSITION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TV/RR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | PEAK AWY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | CVP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | PH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | PO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | PCO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | BE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Na/K | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Ca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Hct | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | SUGAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 麻醉專科醫師簽章 | | | COMMAND | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

| 序號 | ICD-9-CM | 主要診斷疾病名稱 | 基本住院要件(符合其中之一) |
|----|-------------------|---|---|
| 01 | 466 485 465 | 急性支氣管炎 Acute Bronchitis 支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified 急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection | 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 |
| | 493 | 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 | 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 | 腎結石 Renal Satone 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 |

| 序 號 | ICD-9-CM | 主要診斷疾病名稱 | 基本住院要件(符合其中之一) |
|--------|--------------------------|--|---|
| 03 | 531 532 533 535 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 腦震盪 Concussion 顱內損傷 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 |

| 序號 | ICD-9-CM | 主要診斷疾病名稱 | 基本住院要件(符合其中之一) |
|----|----------|--|--|
| | | | 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 | 軀幹挫傷 Contusion of Trunk | ①淤傷面積大於 10x5 公分者 ②產生Rhabd omyolysis者 懷疑合併腹膜炎、腹內出血者 |
| | 891 | 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 |