

西醫基層總額支付制度台北區委員會家庭醫學科審查共識要點

94 年 10 月 14 日第一版

95 年 6 月 4 日修訂

1. 胃鏡報告須附上正本，且上面須有照相日期、診所代號、病人 ID number。
2. 降血脂用藥依全民健康保險降血脂藥物給付規定表使用，無心血管疾病者，須附上前 2 次檢驗報告。本次及前 3 個月至 6 個月內的檢查數據，且與有心血管疾病(冠狀動脈硬化，腦血管病變，糖尿病)患者相同，如治療已達治療目標，應考慮減量。
3. 高血壓用藥開 3 種者，其藥物作用機轉應各不相同，然其中需含一種利尿劑(thiazide)，但抗攝護腺腫用藥(如 DOXAZOSIN, HYTRIN)可以不包括在內。
4. 灰指甲用藥，如用高價藥品時，須附照片。一般手指甲用藥需小於 6 個星期，腳指甲用藥需小於 12 個星期，且須於當次就診註明預計治療時程及本次為第幾次(週)治療。
5. B、C 肝帶原者，每半年可做肝臟超音波 1 次，如肝功能極差或肝衰竭者，可每 3 個月做 1 次超音波。且肝、腎、脾、泌尿道等需含在檢查項目內，方可申報腹部超音波。
6. 肝庇護劑使用而無 B、C 肝帶原者，須附上檢驗報告，且其中 GPT. >70u/l。
7. 外傷申報費用 <500 點者，需繪圖標示；申報費用 ≥500 點者，需附照片，照相時需放置患者之健保卡連同患部一同拍照。外傷 <5cm 之案件，初次申報以 48001C 申報，第 1 次以後之換藥，均以 48011C 申報，最多申報 10 次(含第 1 次)，且每 2 天才可申報 1 次診察費。臉擦傷仍以 48001C 申報，其他可再參酌外科審查醫師共識。
8. 檢驗報告與臨床報告不符時，將加強審查。
9. 診斷為上呼吸道感染之用藥，可不附加胃藥，胃藥宜用於診斷為胃部疾病時使用，否則將加強審查。
10. 外用藥膏 1 支超過 120 元，2 支共超過 200 元者加強審查，1 個月開 2 次(含)以下為宜。
11. 糖尿病檢查除依糖尿病試辦計畫所規定者外，每年檢查 HDL+LDL 以一次為宜。
12. 處方鐵劑時應檢查 serum Iron 及 TIBC(total iron binding Capacity)
13. UTI 尿液檢查以 1 次為宜，用藥後可再追蹤 1 次(即做 2 次)，以評估成效，2 次以上者加強審查。
14. 使用止痛藥 >6 元者，加強審查。

15. 審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會內科審查共識要點

95 年 6 月 4 日第一版

1. 內視鏡 + H. Pylori 檢查應一起申報，不要分開。
2. 處方鐵劑時應檢查 serum Iron 及 TIBC(total iron binding Capacity)
3. B carrier 患者再檢查 SGPT、Abdominal echo、 α -fetoprotein 應附上次檢查記錄；未証明有 B carrier 之患者，直接做以上之檢查，其中 α -fetoprotien 應不予支付。
4. 抗生素使用時，應依感染之適應性使用第一線藥物，不能直接用高價藥物。
5. 內視鏡及超音波應附原彩色圖片。
6. 藥物使用時低價藥物應第一優先考慮。
7. 審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會外科審查共識要點

94 年 6 月 23 日第一版

95 年 9 月 7 日修訂

一、燙傷部份：

1. 申報時需註明部位(範圍)、時間、原因、嚴重度。
2. 小範圍燙傷：第一次及第二次以 48001C 申報，之後以 48013C 申報。
3. 大範圍燙傷：BSA>4.5，才可以 48014C 申報，並需附照片，之後以 48018C 申報，但不可超過 4 次，第 5 次以後以 48013C 申報，如須延長應詳加說明並必附照片。

二、外傷手術縫合及換藥部份：

1. 外傷縫合後第一次換藥：如申報 48028P(深部複雜臉部創傷之第二次處理)、48027P(淺層創傷之第二次處理)，必須於病歷上詳細記載處理過程，否則以一般換藥給付。
2. 所有手術要附手術記錄，其切除標本必送病理檢驗並附報告(同次不同刀口，如超過一個手術時，應附同數之切片)
3. 頭皮腫瘤申報 83048C 時，係指包含頭皮者(以病理報告為準)
4. 拔指(趾)甲+外傷處理時，可申報 48001C。
5. 深部複雜之外傷縫合附照片或繪圖說明之。
6. 外科手術或外傷(縫合)時，當次不可同時申報換藥或加附申報藥膏。
7. 同一療程外科換藥，注射及口服抗生素使用原則：
 - (1) 依傷口情況，針劑以第一次傷口處理且懷疑其有細菌感染情形為原則，第一線口服抗生素以三天為限，如有必要延長使用之，以不超過七天為限。
 - (2) Danzen、Varidase 等消腫劑，挫傷腫大可使用，如係外傷縫合或手術不須使用，使用期間以一星期為原則。
8. 扳機指手術應需附手術前及術後照片。
9. 申報骨折之徒手復位術時需附術前術後之 X 光片。
10. 臉部外傷淺層縫合部份必需有縫合才得申報 48022C(<5CM)、48023C(5-10CM)、48024C(>10CM)，且須繪圖說明或附照片。深部縫合如申報 48033C、48034C 或 48035C 則必附照片。
11. 痔瘡之處理原則：

- (1) 痔瘡之 Rubber ligation 應附手術同意書及正式手術記錄。
- (2) 痔瘡屬慢性病，手術結紮處置之前應有 3-6 個月之藥物治療記錄。
- (3) 肛門鏡屬結紮之內含項目，不可同時申報。
- (4) 痔瘡之處置每個個案每年不超過 3 次（93-94 年台北分局之個案平均為 1.2 次）。

三、加強「同一療程」之審查。

四、加強整形外科之臉部處置部份之審查。

五、加強審查超音波、X 光、肛門鏡之申報。如被抽審案件有 X 光、超音波之案件者，必須附上 X 光片及超音波正本。

六、同一部位拆線當次不得再報換藥。

七、審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會小兒科審查共識要點

94 年 12 月 7 日第一版

95 年 6 月 4 日修訂

1. 同一院所同一病人就診超過 7 次以上加重審查。
2. 申報 12031C、30021C 加總件數以不超過總申報件數之 0.3% 為原則，超過者加重審查，必要時實地訪查。
3. 同一院所同一病人申報 30022C 原則上至少間隔二年，二年內重覆申報者予以核刪。申報 30022C 者加重審查。
4. 抗生素使用若不符健保藥品給付規定者，專業審查不予支付。原則上須先使用第一線抗生素，直接使用二線抗生素者加強審查。抗生素之預防性使用以三天為原則，如有必要延長使用，需要證明其使用之必要性，否則不予給付。
5. 外傷初次報 48001C(<5cm)，第 2 次換藥以後報 48011C，換藥最多報 10 次，且 2 天才可報 1 次診察費；臉部擦傷仍以 48001C 申報。48002C、48003C 以此類推。外傷處置須繪圖，大於 500 點者需附照片。
6. 高血壓用藥開 3 種者，第 3 種需為利尿劑；若開 3 種以上者，其中未含利尿劑者加強審查，但抗攝護腺腫用藥(如 DOXAZOSIN, HYTRIN 等不在此限)。
7. 過敏藥使用，原則上口服與吸入不同時使用，合併使用者加重審查。
8. Singulair (欣流)、Symbicor、Seretide 依健保藥品給付規定從嚴審查 (323A)，並列入加強抽審指標。
9. 兒科病患因病情變化或服藥服從性不高等因素，造成院所重覆給藥，檢送專審時須在病歷上詳細記載其原因，否則不予給付。
10. 執行腹部超音波時請檢附正本照片(內含病人 ID 或病歷號碼、院所名稱及檢驗日期)以利專業審查判定。
11. Elidel 及 Protopic Ointment 限異位性皮膚炎使用，且限擇一使用，不得併用，申報此類高價藥者加重審查。
12. 使用 COX II 抑制劑之 NSAID 藥品時需提出符合使用條件之相關說明。
13. 清除耳垢若是診斷為中耳炎或上呼吸道感染，已包含在診察費之內。
14. 處置費用比例高者，嚴格審查。
15. Menthol Packing 宜於住院時申報，門診 2 個月以下之嬰兒使用，加強審查。

16. 審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會婦產科審查共識要點

94 年 11 月 17 日第一版

95 年 2 月 20 日第二版

95 年 12 月 19 日修訂

- 一、有關先兆性流產或迫切流產之超音波檢查，1 個月以申報 2 次為原則，但不宜常規制式申報。
- 二、有關胎死腹中或不完全流產，1 個月內申報超音波以 1 次為原則。
- 三、有關婦產科腫瘤之超音波檢查，每 3 個月可以申報 1 次，需大於 3 公分，且要附上超音波正本照片加註日期及正式報告，模糊不清者，不予支付。治療不孕症時，注射 HMG 或 FSH 引起之 Follicular Cyst 不得申報。Wet smear 及 urine routine 須有正式報告。
- 四、有關驗孕(PT)，1 個月內可檢查 2 次以內，2 次須間隔 1 週(含)以上，且需載明 LMP 及檢查報告或結果。
- 五、有關骨盆腔檢查，行政審查 70%以內均予通過，但必須是真的有做骨盆腔檢查，所以病歷必須有記載骨盆腔檢查之結果。
- 六、UTI 尿液檢查以 1 次為宜，用藥後可再追蹤 1 次(即做 2 次)，以評估成效，2 次以上者加強審查；Wet smear of vag dischanrg 1 個月以申報 1 次為限。
- 七、D&C 原則上不申報 CBC 或 EKG，如有特殊情形，須有 indication，並附上正式的報告，此類案件從嚴審查。
- 八、Thin prep cytology(15021C)申報，須附上 pap smear 報告，且細胞病理診斷需為 4 (ASCUS) 以上 (排除發炎)。
- 九、門診有胎兒監視器 (NST) 追蹤胎兒健康，1 個月以申報 2 次為原則，但需有 indication (適應症) 才可申報。
- 十、安胎之住院
 1. 申報安胎須妊娠 24 週以上至 37 週以下，以住院 7 天以內為原則，但需附每天之 NST(FAD)之報告，報告上需附日期。原則上 Yutopar 每天限用 3 支，口服 Yutopar 不可併用。
 2. 依個案狀況申報 Blood、Urine-Routine (以排除因子宮內膜炎及尿路感染所引發之早產)。
- 十一、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。

十二、子宮頸糜爛原則上不可以申報硝酸銀燒灼。

十三、電燒或冷凍後(菜花、子宮頸糜爛)之換藥,以1個月申報2次換藥(48011C)

為原則。菜花原則上不送病理,不申報 IVGA。

十四、子宮頸糜爛若要做電燒或冷凍,需附抹片報告,且報告 item ④ 級以上 (Auscus)才可施行。

十五、引產及 D&C 原則上不另申報導尿。

十六、引產的 case, IVGA 及胎盤取出及會陰切開,依手術通則規定已含在內,不得再申報。若有使用 PGF2 α , 須限制 2 支以內。

十七、有關婦科腫瘤手術,申報原則如下:

1. 子宮肌瘤或卵巢瘤,以超過 5 公分為原則。
2. 腹壁或會陰之子宮內膜異位瘤,應以皮下腫瘤切除術申報(參照外科之原則)。
3. 子宮內膜肌瘤性息肉,以子宮蒂瘤切除術申報並附照片,但若有子宮鏡可以用 TCR 的話,可以申報肌瘤切除術(DRG, 論病例計酬),但以大於 2 公分為原則,且應附照片,以利專業審查認定。

十八、婦產科一般用藥應申報原則如下:

1. 優先使用口服藥為原則,注射藥品應以不能口服或口服仍不能期待有治療效果時使用,兩種藥品可同時使用,但同療效藥品不能重複。(例如: progesterone、針劑和黃體素,僅能擇其一)
2. 婦科病人之用藥,塞劑、口服藥、藥膏依病情需要而使用,3 種選擇 2 種申報,但藥膏 1 個月僅能申報 2 條,建議塞劑須每顆 10 元以內、藥膏每條 120 元以內為原則。
3. 超過 6 元以上之高價止痛藥嚴加審查。
4. 1 種疾病使用抗生素以 1 種為原則。
5. Nizoral 一個月僅能申報 6 天,且病歷須記載 positive finding。

十九、同一個病,用藥日數儘可能不重複,如有特殊理由,請在病歷上詳細記載。

廿、Pregnancy test 不可同時申報 Clomid 及 Ritodrine 之類藥物。

廿一、手術之 case,如病理診斷與手術不相符,改以一般案件給付,申報之項目

逐項審查。

- 廿二、產婦待產，但沒有生產，病人回家或轉到他院生產，原則上依一般案件實際診療申報。
- 廿三、Threatened Abortion 原則上不宜申報住院給付（另 PID 或急性腎盂炎住院不在基層診所給付範圍）。
- 廿四、產前產後出血處置（55015C）病歷應詳實記載及說明理由。
- 廿五、D&C（不完全流產或胎死腹中）若未附一週內超音波診斷報告，整筆不予支付。
- 廿六、住院病歷（含 Admission note、Operation note、Anesthesia note（NSD 除外）、Order sheet、Sonar report、Progress note、Discharge note）不完整者，整筆不予支付。
- 廿七、審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會耳鼻喉科審查共識要點

94 年 12 月 1 日第一版

95 年 10 月 5 日修訂

1. 申報 54001C 至 54042C(排除局部處置 54019C、54027C、54037C、54038C)、28002C 至 28004C 及 22003C 至 22010C 加總件數以不超過總申報件數之 5%為原則，超過者加強審查，必要時實地訪查。
2. 申報 12031C、30021C 及 30022C 三項加總件數以不超過總申報件數之 1%為原則，超過者加強審查，必要時實地訪查。
3. 抗生素使用若不符健保藥品給付規定者專業審查不予支付。急性中耳炎、急性鼻竇炎至少須先使用第一線抗生素 3 天以上，才能使用 Augmentin、Keflor 及 Zinnat，使用天數超過 10 天或比例過高將加強審查，其他第二線抗生素需細菌培養及藥物敏感報告證實確有需要才可使用。
4. 開立鼻噴劑以一個月一瓶為原則，若有併用口服抗組織胺以一週為原則，超過此劑量者加強審查；送審資料應檢附前幾個月病歷以瞭解口服藥品使用情形，如初診病患逕行開立噴劑則應在病歷上記載之前於其他院所之用藥情形，否則加強審查。
5. 內視鏡(如喉鏡、鼻咽鏡)檢查應檢附完整報告及圖片送審，依適應症專業認定適當性，未附者專業審查不予支付。
6. 審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會眼科審查共識要點

95 年 8 月 31 日第一版

- 1.抽審之案件需附病歷首頁及治療前後相關之病歷影本資料(含檢驗報告，非僅當次就診之病歷影本)，如抽審時未附之院所，先以退件處理，屢次皆未附上者，則初診、申復皆不予給付；照片請以正片檢附，照片上需有 id number(身分證號及病歷號碼皆可)及日期，若過於模糊，則不予支付。
- 2.病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述或圖示、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，不予支付診察費。
- 3.門診手術時(如白內障、眼瞼、麥粒腫、霰粒腫...)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。
- 4.審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會皮膚科審查共識要點

94 年 11 月 9 日 第一版

95 年 9 月 7 日 修訂

1. 病歷上需詳細記載清楚，審查將以病歷記載，作為給付與否之標準。
2. 外傷初次才可申報 48001C(<5cm), 第 2 次以後換藥祇能申報 48011C, 換藥最多報 10 次，且 2 天才可申報 1 次診察費。臉部擦傷仍以 48001C 申報。48002C、48003C 以此類推。外傷處置小於 500 點者須註明部位及範圍，大於 500 點者需附照片，照片上需有日期，否則不予給付。
3. 同一院所同一病人使用 retin_a 及 skinoren 一個月各不超過 30gm(相同藥理之同類藥品合併計算)，超過者加強審查；如因美容之目的，則不予給付。
4. 申報過敏原檢驗(30021C)、特異過敏原檢查(30022C)、免疫球蛋白 E(12031C)之案件加重審查。
5. 高價藥及灰指甲用藥加強審查(依 95 年 8 月 18 日健保北門二字第 0953006057 號函自費用年月 95 年 9 月起配合辦理，說明二：使用灰指甲用藥之個案應於初診時即備妥照片，照片需有日期、病患姓名並於抽審時檢附)。
6. Antihistamine(抗組織胺)藥最多不超過 2 種(長效+短效)為原則，超過者加重審查。
7. 95.07.07.健保審字第 0950068550 號已修正「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」之皮膚科冷凍治療【液態氮冷凍治療(51017C)、冷凍治療—單純(51021C)、冷凍治療—複雜(51022C)】申報注意事項，請依規定辦理；另冷凍治療不得常規開立外用藥膏。
8. Fucidin 之使用應符合比例原則，非常規使用。
9. 審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

西醫基層總額支付制度台北區委員會復健科審查共識要點

95 年 6 月 4 日第一版

95 年 8 月 26 日修訂

1. 中風病人 1 年內申報複雜治療者，應檢附醫院的診斷證書或出院病歷摘要或附上病歷首頁(或申報初診的那一頁)，以茲證明。如未檢附審查醫師得予依全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項(十四)病歷記錄過分簡單者，宜從嚴審查。
2. 院所施打 Trigger point injection 之申報，每次不得超過 3 個點，且應附上肌肉名稱，再次施打間隔超過 7 天。
3. 抽審案件如未附病歷首頁及兩個月之病歷、兩個月復健治療卡，將予退件重新補附資料後再審。
4. 「關節內注射劑」依適應症審查，新增經 3 個月保守治療無效記錄後使用。
5. 申報 X 光檢查者，病歷應有詳細病情記錄，送審檢附清晰 X 光片，並加強審查。
6. 審查原則依中央健康保險局支付標準、藥品給付規定及各科審查注意事項，西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定，並參酌分區委員會各科審查共識要點。

兒童氣喘用藥之建議及審查原則

依據台灣兒科醫學會建議修訂之 951020

1. 兒童氣喘病之治療，氣喘嚴重度分類為第二級之病人長期用藥依據規範，應以 **inhaled corticosteroid** 或 **Singulair** 為首要，若無效才使用 inhaled corticosteroid + long-acting β 2-agonist (即 Seretide 或 Symbicort)，氣喘嚴重度分類為第三級以上者則可直接使用 inhaled corticosteroid + long-acting β 2-agonist (即 Seretide 或 Symbicort)。氣喘專科醫師及非專科醫師使用氣喘藥物之頻繁度應有審核尺度上之差別，至於若病患同時使用以上三種藥物〈Singulair, Seretide, Symbicort〉之任何兩種，皆應嚴格審查其適當性。
2. 一般兒科醫師氣喘收案病例，開立長期氣喘用藥(如 Singulair、Seretide、Symbicort) 應小於當月就診人次之 3%、兒童氣喘專科醫師則為當月就診人次之 12%。超過此範圍者，應加強抽審。

高尿酸及痛風用藥建議

1. 無症狀高尿酸血症

※ 文獻指出五年追蹤的痛風發生率(cumulative incidence rate)

U.A \leq 8.0 mg/dL 約為 2 %

U.A 介於 9~10 mg/dL 約為 19.8 %

U.A 介於 \geq 10 mg/dL 約為 30 %

※ 依據上述實證醫學，當尿酸值高於 10 mg/dL，即使無症狀，可考慮給予降尿酸用藥，以預防痛風的發生（雖然文獻仍認為無症狀高尿酸不宜給藥）

2. 急性痛風（acute gout）

※ 文獻指出有四種適應的用藥，以減少發炎與疼痛：NSAIDs、colchicine、corticosteroids 及 analgesics

※ 降尿酸藥不適合於急性期使用

3. 亞急性期痛風（intercritical gout）

※ 可使用降尿酸藥，避免痛風的反覆發作：Sulfinpyrazone、Probenecid、Allopurinol

※ 較不易控制的痛風，可考慮併用 Colchicine，可預防 85%的痛風發作，但需符合下列條件：

(1) 使用低劑量 0.6~1.2mg，即約每天 1~2 顆

(2) 需與降尿酸藥併用

(3) 當尿酸值降到合理範圍 (\leq 7 mg/dL)，且病人已六個月無痛風發作，應停止 Colchicine

※ 對於不能接受 Colchicine 的病患，也可考慮用 NSAIDs 替代