

家庭醫學科審查注意事項

(一)門診部分審查原則：

1. 門診處方用藥之審查，依健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除應注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。
2. 抗生素使用原則：(97/6/1)
 - (1)對使用第一線以外之抗生素、多種抗生素、或其他高價藥物，應附此次使用抗生素之過程病歷。但符合藥品給付規定 10.2 Penicillins & 10.3 Cephalosporins 之使用適應症者不在此限。
(100/1/1) (102/3/1)
 - (2)刪除(100/1/1)
 - (3)刪除(100/1/1)
3. 類固醇藥物之使用應確定為治療病症之所需。
4. 其他有關之審查原則：
 - (1)維生素及鐵劑之醣漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。
 - (2)應加強審查不正常浮濫使用高價藥品之院所，一般以非類固醇抗發炎藥物類、糖尿病之口服降血糖藥物、微循環促進劑、抗生素、制酸劑及抗巴金森氏症等類藥物容易發生使用不合常理之情形，即此院所之所有病例均使用高價藥品而不見一般常用之低價療效相近藥物。
 - (3)對使用維生素、止痛劑、類固醇之注射劑應嚴格審查。

- (4)注意功能相同之藥物重複使用。
- (5)注意慢性病處方中，是否有同時開立使用天數過長之非慢性病用藥。
- (6)必要時得調閱病歷影本參考。
- (7)病患因病情需要予以備血未使用時，備血之交叉試驗以不超過兩次為原則，並應附檢驗報告，申報費用時須註明「備用血」。備用之輸血套以一副為原則。
- (8)傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹、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「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」「創傷處置」之規定，並附圖示；申報深部複雜創傷處置（48004C—48006C），應檢附彩色照片，乳房及會陰部以及臉部傷口可以詳細繪圖指示或說明；申報臉部創傷處理（48022C—48024C，48033C—48035C），須於病歷詳細繪圖指示說明，並檢附彩色相片為原則，如有困難另行詳述說明。(97/5/1) (102/3/1)
- (9)為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等附帶之手術及處置，不另給付。
- (10)經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。
- (11)手術過程用於灌洗之藥品如 Balance Salt Solution 或 Physiologic Irrigating Solution 等，應包含於手術之一般材料費內不另給付。
- (12)刪除(101/5/1)
- (13)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表中急診定義及

適用範圍第十二條之規定：生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。以適用本條規定，申報急診加成時，應註明病情緊急處理之原因、必要性。(102/3/1)

(14)居家照護每一個案每月以支付二次訪視費為原則：多於二次者應附護理計畫，必要時得抽調其訪視紀錄。

(15)處方鐵劑時，應檢附客觀具體缺鐵證據。(97/5/1)

(16)全民健康保險西醫基層總額降尿酸藥物使用建議表」(詳附表二十三)(97/5/1)

(二)門診部分審查注意事項：

1. 皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費，包括於門診診察費內，不得另行申報，但材料費得另計。六歲以下嬰幼兒因病情需要施行小量靜脈注射，得以 57111C 申報。
2. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節之第一項至第四項中的尿、糞、血液、生化檢查費用，累計項次數達規定次數時，應折扣之規定，審查時須注意有無確實執行。
(101/5/1)(102/3/1)
3. 19005B 之其他超音波檢查是指如甲狀腺、乳房、肺部等超音波檢查。
4. 使用祛痰劑或誘痰劑時，如同時處方兩種以上止咳劑，或不當使用高價藥品者應加強審核。(100/1/1)
5. 支氣管擴張症或慢性支氣管炎，如長期使用第二線或第三線高價抗生素，應加強審核急性發作期可短期使用普通有效的抗生素。
6. 手術後預防性抗生素之使用及無併發症之骨盆腔發炎之抗生素使用，應依藥品給付規定之抗生素使用原則使用。(102/3/1)
7. 注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能

口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。

8. 荷爾蒙之使用：停經後荷爾蒙之使用得依醫師診斷使用於閉經、更年期症候群、骨質疏鬆症等疾病治療，但接受子宮切除後之病患不宜使用含黃體素之荷爾蒙製劑。(97/5/1)

9. 維他命之使用應注意其臨床適應症。

10. 止血劑及酵素消腫劑：應慎重選擇使用。正常凝血機能下之手術後及脅迫流產等，應不必使用止血劑。

11. 安胎藥之使用原則：tocolytics、包括 β -mimetics 等，應視產婦需要給藥，在妊娠滿三十七週前使用，且通常不應使用於十六週前及三十七週後。

12. 驗孕及產後檢查屬本保險給付範圍。

13. 兒科針劑費用之計算：

(1)可長期重覆使用之瓶裝針劑(vial)，應按實際之使用量申報。

(2)單劑量安瓿裝針劑(ampoule)每次按支數計算申報。

14. 有關申報耳鼻喉局部治療(54019C、54027C、54037C、54038C)請參照耳鼻喉科審查注意事項。(101/7/1)

(三)住院部分審查原則及注意事項：審查時應注意個案住院之必要性、住院日數之長短及病房種類(如加護病房等)之適當性。

1. 急性支氣管炎、肝炎、暈眩症等特定疾病住院，應符合特定疾病之住院基本要件。(詳附表十九)(102/3/1)

2. 住院處方用藥之審查，應依照健保用藥之相關規定，進行詳細審查。除注意用藥之適應症外，也須注意使用之劑量與期間長短是否恰當。

(一些管理不善院所，易出現長期未進行醫令重整，致使用藥物期間

過長。)

3. 應注意病歷摘要之診斷、診療記錄及明細表是否相符。
4. 抗生素之使用，須符合藥品給付規定之「抗微生物製劑」規定。
(102/3/1)
5. 多數院所均有套裝生化檢查之設計，應注意同一住院期間，是否有必要多次進行相同之套裝生化檢查，除非必要否則應以單項複選之方式，做為住院期間之追蹤。
6. 糖尿病患者除非正在調整胰島素劑量，或是病況危急，對每日測三至四次血糖以上者，注意加強審查。
7. 細菌培養時未長出細菌，不可申報藥物敏感試驗。
8. 皮下肌肉、小量靜脈注射及 IV Push 等注射技術費包括於病房費中，不得另行申報，但材料費得另計。

(四)急診部分審查原則及注意事項：

1. 急診定義及適用範圍依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表一「急診定義及適用範圍」規定辦理。(102/3/1)
2. 急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得加算 20%，但有些如 blood gas 等項目，應依健保規定不得加成，此外如急診病人之常規檢查亦不得加成。

(五)其他注意事項：其他未規範事宜得參考相關科審查注意事項辦理。

(六)1. 骨質密度測量檢查審查時應附之資料：

- (1)內分泌失調可能加速骨質流失者，審查時需檢附相關數據。

(100/1/1)

- (2)非創傷性之骨折者，審查時需檢附 X 光片。(100/1/1)

- (3)刪除(100/1/1)

2. 前述保險對象因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次為限。

3. 篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。

(七)全民健康保險居家照護審查注意事項

1. 審查原則

(1)各分區業務組得訂定指標，對收案及費用申報均合理之居家照護機構，得減量抽樣審查。(102/3/1)

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

2. 收案注意事項

(1)收案對象是否符合下列各項條件：

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

乙、有明確之居家照護服務項目需要。

丙、病情穩定能在家中進行照護。

丁、檢附完整之申請資料：

A 申請書中有客觀的護理評估資料及符合個案個別需要的具體護理計畫。

B 醫囑單有完整之病史及醫囑記載。

C 申請書及醫囑單所記載之診斷、病情、照護項目及照護計畫一致。

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

(3)下列對象不符收案條件，應不予同意：

甲、無明確之護理措施，只需部分日常生活協助者。

乙、病情不穩，需住院治療者。

3. 費用審查注意事項

(1)有下列情形者，不予支付費用或核扣多報之費用：

甲、不符合收案或延長照護條件者。

乙、月申報訪視次數在三次(含)以上、新收個案收案當月在四次(含)以上而未依規定檢具相關資料，或經審查為非必要之超次訪視。

丙、申報資源耗用群分類與提供之居家照護項目不符者。

丁、非必要之靜脈點滴注射，每日申報家訪費用者。

戊、同一護理人員於同一時段申報兩不同住處病患之訪視費用者。

(2)有下列情事者，應加強審查：

甲、同一病患同一天由不同科別醫師看診者。

乙、照護紀錄內容僅見例行更換各式導管者。

(八)刪除(99/7/1)

(九)1. 申報 IgE 檢驗件數異常且多為老年案件者應嚴審，如為 20 歲以上之個案，應註明過敏病史、臨床症狀及嚴重度。(100/1/1)

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

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

(十)針對抽審案件中若有執行腹部超音波時請檢附正本照片(內含病人 ID 或

病歷號碼、院所名稱及檢驗日期)以利專業審查判定。待審查完畢會將原正本照片(或清晰之照片、幻燈片等)寄還院所。

(十一)肝庇護劑審查注意事項(附表十九)(97/5/1)

(十二)使用 COX II 抑制劑之 NSAID 時如果沒有適應症應避免使用 antacid, 否則從嚴審查。

(十三)刪除(102/3/1)

(十四)刪除(101/7/1)

(十五)針對院所診療項目, Sono 及一般生化檢查設法控管一般生化檢查依現行『全民健康保險醫療費用審查注意事項』, 於符合醫學常理情況下, 方得執行。原則上有異常之生化檢查依實際情形可以在三至六個月複檢, 但對生化檢查執行率大於 30% 之院所將依審查品質指標定期抽審。