

全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項

增修訂條文	原條文
<p>壹、審查依據及一般原則：</p> <p>案件分類為「一般案件」(俗稱簡表)者，經個案專業審查後，有下列情形者整筆費用核刪：</p> <p>一、影響病人安全之處方者。</p> <p>二、非必要之連續性就診者。</p>	(新增)
<p>貳、各科審查注意事項</p> <p>外科：</p> <p>(二)傷口之處置、換藥之審查原則：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.門診病患實施燒傷處置、換藥，一般診所第一、二次以 48001C 項申報，第三次以 48013C 項申報為原則，如須延長應詳加說明。</p> <p>4.燒傷患者申請重大傷病，應檢附燒傷體表面積之圖示。</p> <p>5.燙傷換藥面積在手術後加大，不可用加大傷口申報。</p> <p>6.依「全民健康保險醫療費用支付標準」淺部與深部之分際，創傷深及肌肉神經時，為深部複雜創傷處理；未涉及肌肉神經者，為淺部創傷處理。</p>	<p>(二)傷口之處置、換藥之審查原則：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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 48014B 至 48017B 給付，第二次以 48018B 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。</p> <p>4.未設置燒傷中心，燒傷病房之特約住診醫院，申報 48014B 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。</p> <p>5.門診病患實施燒傷處置、換藥，地區醫院(含)以上醫院第一次以 48014B 項，第二次以後以 48018B 項申報七至十次為原則，如須延長應詳加說明；一般診所第一、二次以 48001C 項申報，第三次以 48013C 項申報為原則，如須延長應詳加說明。</p> <p>6.燒傷患者申請重大傷病，應檢附燒傷體表面積之圖示。</p> <p>7.燙傷換藥面積在手術後加大，不可用加大傷口申報。</p> <p>8.依「全民健康保險醫療費用支付標準」淺部與深部之分際，創傷深及肌肉神經時，為深部複雜創傷處理；未涉及肌肉神經者，為淺部創傷處理。</p>

註：劃線部分為本次增修訂部分。

增修訂條文	原條文
(刪除)	(七)癥痕攣縮成形術(64141B),限有顯著運動限制者實施。
(刪除)	(八)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。
(刪除)	(十一)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。
(刪除)	(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,一般淋巴總數應在十五個以上。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。)
(刪除)	(十七)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。
(刪除)	(十八)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。
(刪除)	(二十四)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。
(刪除)	(二十六)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。
(刪除)	(二十九)體位引流經醫師診斷認為病情需要,並有醫囑由專業人員執行,一天不應超過二次,實施期間以二週為原則,申報費用時應檢附 special sheet,詳細記錄實施過程並簽名。

增修訂條文	原條文
(刪除)	(三十)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。
(刪除)	(三十一)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(68025A)，故施行四條、五條者仍請按 68025A 申報。 2. 另外取大隱靜脈及內乳動脈不另給付。
(刪除)	(三十七)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。
(刪除)	(三十八)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。
(刪除)	(三十九)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. 兒童體重十公斤以下患者得使用，十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。
(刪除)	(四十)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。
(刪除)	(四十一)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。

增修訂條文	原條文
(刪除)	<p>(四十五)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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>(四十六)腹腔穿刺(29017C)申報區別：</p> <p>1.腹腔穿刺(29017C)：</p> <p>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。</p> <p>適應症：肝硬化、肝癌、卵巢癌、腹內膿瘍、外傷等。</p> <p>費用申報時應檢附之資料：腹水之生化或細胞學檢查報告。</p>	<p>(四十六)腹腔穿刺(29017C)及經皮穿肝膽管引流術(33026B)之申報區別：</p> <p>1.腹腔穿刺(29017C)：</p> <p>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。</p> <p>適應症：肝硬化、肝癌、卵巢癌、腹內膿瘍、外傷等。</p> <p>費用申報時應檢附之資料：腹水之生化或細胞學檢查報告。</p> <p>2.經皮穿肝膽管引流術(33026B)：</p> <p>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。</p> <p>適應症：</p> <p>(1)治療膽道發炎及其合併症。</p> <p>(2)膽管手術前減壓以降低手術併發症。</p> <p>(3)計劃實施膽管腔內放射治療。</p> <p>(4)計劃實施膽管內膽石截取術。</p>
(刪除)	<p>(五十)實施胃隔間術(Gastric partition)72035B 應符合下列五條件;但體重超過理想體重 85%以上,未超過理想體重 100%以上者,如已符合一至四條件,並因肥胖引起具有明確之身心障礙,經相關科醫師鑑定證實者得以施行。</p> <p>1.飲食控制在半年以上。</p> <p>2.精神狀態健全,經由精神科專科醫師會診認</p>

增修訂條文	原條文
	<u>定無異常。</u> <u>3.無其他因代謝疾病或內分泌疾病而引起病態肥胖。</u> <u>4.年齡在五十五歲以下。</u> <u>5.理想體重超過 100%以上。</u>

皮膚科：

增修訂條文	原條文
(刪除)	<u>(一)照光治療：</u> <u>1.申報原則：應於病歷上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。</u> <u>(1)長波 51018B：每週至多可申報三次至四次為原則。</u> <u>(2)中波 51019B：每週至多可申報六次為原則。</u> <u>2.適應症：限用於乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。</u>
(刪除)	<u>(七)白斑患者接受紫外光化學治療之審核原則：</u> <u>1.病灶限暴露部位，病程不超過五年者。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>
(刪除)	<u>(十三)二氧化碳雷射手術(CO₂ laser operation)62020B 適應症如下：</u> <u>1.Syringoma(汗管瘤)</u> <u>2.Epidermal nevus(表皮母斑)</u> <u>3.Multiple warts include verruca plane, condyloma acuminatum, periungual warts(甲圍疣)plantar warts, palmar warts(多發性疣含扁平疣、尖圭疣、手掌疣、足蹠疣)。</u> <u>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)。</u> <u>5.Lichen amyloidosis(苔癬性類澱粉症)。</u> <u>6.Hemangioma(血管瘤)。</u> <u>7.Skin cancers(皮膚癌)。</u> <u>8.Mibelli 型汗孔角化症(porokeratosis)。</u> <u>良性腫瘤須附照片，癌前期病變及癌症須附</u>

增修訂條文	原條文
	病理報告。
痣切除於病歷中未見惡性症候記載者，不予支付 62001C、62010C、51003C 及相關病理費用(但先天性黑色素細胞痣不在此限)。	(新增)
經特異過敏原免疫檢驗(30022C)後發現病患為過敏性疾病，其後續的治療及診斷應列入評估。實施免疫球蛋白 IGE(12031C)、嗜酸性白血球數(08010C)若其中一項為異常，方得執行過敏原定量檢查(30022C)。	(新增)
審查案件中，有皮膚處置處方者，必要時交由皮膚科專科醫師會審。	(新增)

骨科：

增修訂條文	原條文
<p>一、針對較不適當之診斷做 X 光片檢查者，嚴加審查。</p> <p>二、X 光片原片上需註記患者姓名、日期、病歷號等資料，如為事後填寫、品質不良或不清晰者，X 光片檢查費從嚴核刪。</p> <p>三、對於外傷挫傷引起疑似骨折並申報 X 光片者之抽審案件，應附外傷或是傷口照片及 X 光片一併送審。</p>	(新增)

復健科：

增修訂條文	原條文
<p>一、針對較不適當之診斷做 X 光片檢查者，嚴加審查。</p> <p>二、X 光片原片上需註記患者姓名、日期、病歷號等資料，如為事後填寫、品質不良或不清晰者，X 光片檢查費從嚴核刪。</p> <p>三、對於外傷挫傷引起疑似骨折並申報 X 光片者之抽審案件，應附外傷或是傷口照片及 X 光片一併送審。</p>	(新增)

全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項

增修訂條文	原條文
案件分類為「一般案件」(俗稱簡表)者，經個案專業審查後，有下列情形者整筆費用核刪： 一、影響病人安全之處方者。 二、非必要之連續性就診者。	(新增)

全民健康保險中醫醫療費用審查注意事項

增修訂條文	原條文
案件分類為「一般案件」(俗稱簡表)者，經個案專業審查後，有下列情形者整筆費用核刪： 一、影響病人安全之處方者。 二、非必要之連續性就診者。	(新增)