

全民健康保險醫療費用審查注意事項部分修正規定

第一部 醫院醫療費用審查注意事項

壹、全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項

二、各科審查注意事項：

(二)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-內科

5.其他注意事項：

(15)肺功能檢查之審查，應注意其所附報告之品質。(97/5/1)

甲、檢查17003C(流量容積圖形檢查)肺部結果是正常者，不應申報17006C(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)。(109/5/1)

乙、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17006C(支氣管擴張劑試驗)或17007B(標準支氣管擴張劑試驗)。(109/5/1)

丙、已確診阻塞性肺疾病,急性發作期患者不宜進行以上檢查。

丁、17006C(支氣管擴張劑試驗)不可與17019C(支氣管激發試驗)同時申報。
(109/5/1)(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

(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」計畫審查重點:(97/9/1)(112/12/1)

甲~辛: (略)

壬、RCW(呼吸照護病房階段)審查原則【如附表1】。(101/5/1)

癸、呼吸照護居家階段審查原則【如附表2】。(112/12/1)

附表1: 呼吸照護病房階段(包括一般病房之呼吸器依賴病患)審查原則(略)

呼吸照護居家階段審查原則(112/12/1)

| 審查面向 | 審查原則 |
|--|--|
| <p>紀錄品質方面：</p> <p>審視病程紀錄 (Progress Note)、呼吸治療紀錄 (RT Sheet)、護理紀錄及生命跡象 (TPR Sheet) 等內容記載完整性，一致性及個別性。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 每次訪視應依病況變化有完整病程紀錄、呼吸治療紀錄及護理紀錄。 2. 病程紀錄應包含病人當時狀況、呼吸型態與其他重要共病相關的評估、呼吸器設定，並依變化詳載原因、診斷、醫療建議及衛教，第一次新收案應描述主要造成呼吸衰竭、無法脫離呼吸器原因與重要的共病。 3. 呼吸治療紀錄應包含指尖血氧濃度、呼吸器檢視及設定、呼吸器管路當月更換紀錄等。 4. 護理紀錄應包含生命跡象、營養、身體評估、照顧者照顧技能等訪視評估紀錄及處置、病人反應與指導內容等照護計畫。另衛生福利部居家護理照護管理系統產出之個案照護紀錄得列入審查參考。 5. 相關之檢查檢驗，應有適當的紀錄與判讀。 |
| <p>醫療照護品質方面：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 審視評估之完整性，處置之合理性及紀錄完整性。 2. 審視醫療診斷正確性，是否有針對呼吸衰竭之病因且依治療目標給予合適之治療與照護。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 一般醫療照護品質： <ul style="list-style-type: none"> 針對突發狀況、急性病變及慢性病變等處置之合理性，並有紀錄呈現。 2. 每次訪視執行呼吸系統之完整評估。 3. 呼吸器病人生活品質： <ul style="list-style-type: none"> (1) 定期營養之評估、監測及介入。 (2) 特定病人之吞嚥、語言、溝通互動之教導。 (3) 評估病人身體活動與相關復健。 (4) 第一次新收案應評估病人居家環境及個人衛生。 4. 呼吸器管路當月更換紀錄。 5. 主要照顧者當月教育訓練評值表。 <ul style="list-style-type: none"> (1) 呼吸器基本操作(管路消毒接法、警報處理、潮濕器)。 (2) 抽痰技術、氣切照護、甦醒球使用。 (3) 提供轉送與緊急處理之相關資訊。 (4) 必要時安寧緩和醫療相關資訊。 |

(三)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-外科

26.同一療程外科換藥，注射及口服抗生素使用原則：

(2)消腫劑(如 Chymotrypsin、Seaprose S)使用以1種為原則，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。(112/12/1)

67.經導管主動脈瓣膜置換術(TAVI)(68040B)執行心臟超音波之審查原則：
(112/12/1)

原則上以一般性心臟超音波執行；惟若個案情形特殊，如 aortic stenosis 病人於 LVEF<50%且平均壓力差<40mmHg 時，可以 dobutamine infusion 執行壓力性心臟超音波。

(五)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-婦產科

100501通則

100501050 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規定：

100501050-01 C/S 及婦科手術(ATH, VTH...)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報3次，換藥最多申報3次。(106/1/1)(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

100501050-02婦科手術(ATH, VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報1次為原則。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

100502婦科子宮病狀診療

100502042 沾黏分離之主手術得以子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)手術申報，六個月中最多申報一次。(107/7/1)(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

100502052婦科子宮鏡檢查 (107/7/1)

100502052-05同一個案多次執行子宮鏡檢查之適當性

- a.當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。(108/3/1)(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)
- b.子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者，追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)
- c.子宮鏡手術治療者，術後三個月內得進行追蹤檢查，若結果為正常，應以一次為限。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)
- d.子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)，術後追蹤檢查時若需同時補行沾黏再分離(而非僅僅檢查)，得以子宮鏡檢查(28022C)申報，每次追蹤應間隔4週(含)以上，整個療程原則上不超過三個月，且應於病歷中完整記載執行之必要性與結果並留有紀錄。
- e.子宮內膜癌行生育保留治療者，追蹤應間隔三個月以上。
- f.其他特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。

100508產科產前檢查(107/7/1)

100508012胎心音監視檢查

100508012-01施行胎心音監視(3小時以內)(18013C)、胎心音監視(3小時後每小時)(18014C)，需符合下列任一病狀：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。

100508012-02一日累積監視超過六小時者仍以六小時計，且不可與胎心音監視(每日)(18035B)併同申報。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

100508012-03送審時請檢附胎心音監視報告。

100508052高危險妊娠胎兒生理評估(19011C)適應症，有關妊娠二十四週後之胎動減少審查原則(112/12/1)

100508052-01病人主訴胎動減少，且胎動每兩小時小於10次，並於病歷記載，得依支付標準規範施行高危險妊娠胎兒生理評估(19011C)。

100508052-02僅因胎動減少之適應症而施行高危險妊娠胎兒生理評估(19011C)時，應與前次生理評估間隔二週以上，小於二週應加強審查。

(六)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-骨科

3.脊柱內固定器事前審查案件，有下列情形：(102/3/1)(112/12/1)

(1)脊椎外傷性脫位。

(2)刪除

(3)椎體前緣壓迫超過 50%。

(4)駝背角度超過 20 度。

(5)脊椎前後及側邊嚴重滑脫。

(6)倘若有神經壓迫症狀，除了疼痛外，須合併 cauda equina syndrome (馬尾症候群)，或 conus medullaris syndrome (脊髓圓錐症候群)，或 acute myelopathy (急性脊髓病變)，或 motor weakness (肌無力)，需立即減壓者，得依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第四編第 65 條規定，以書面說明電傳報備後，先行處理治療。

(7)TLICS(thoracolumbar injury classification and severity)分數>4 者須手術固定治療。(106/1/1)

(七)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-泌尿科

100802尿路結石治療

100802032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)：

100802032-01申報費用時應檢附以下資料：

a.詳細之病歷紀錄：碎石紀錄須記載結石大小、位置及有無症狀及敘述須治療之結石是否已在他院或同院做過治療，應有切結書為依據。(103/6/1)

b.最近 1 個月內影像學檢查報告：須包括下列四者之一，1.KUB 及 Sono、或 2.IVU 或 3.RP 或 AP(Antegrade pyelography 順行性腎盂輸尿管攝影)或 4.CT。必要時須附原片。如為輸尿管結石施行尿路結石體外震波碎石術(ESWL)則須檢附最近兩週內的影像報告。(103/6/1)(112/12/1)

100803排尿障礙用藥及相關診療

100803101刪除(112/12/1)

(八)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-耳鼻喉科

100903內視鏡

100903022鼻竇內視鏡 Sinoscopy (28003C)：

100903022-01可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。(97/5/1)(100/1/1)(106/8/1)(109/5/1)(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

100903022-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

100903032喉鏡 Laryngoscopy (28004C)：

100903032-01可用於診斷咽喉疾病。

100903032-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

100903032-03不得同時申報喉頻閃光源內視鏡(28005B)。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

100903042喉頻閃光源內視鏡 Stroboscopy (28005B)：

100903042-01治療前、後可各申報1次；需追蹤者，每二個月得申報1次。

100903042-02送審時需檢附聲門打開及關閉，與粘膜移動波相片，不一定要有聲帶波動之描述分析。

100903042-03不得同時申報喉鏡(28004C)。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

(九)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-眼科

4.白內障手術：

(16)眼用染劑(白內障手術用)事前審查之檢附照片，應能清楚顯示整個水晶體皮質均為白色之表徵；若角膜混濁或瞳孔無法散大，以致外眼照片無法清楚顯示整個水晶體皮質均為白色者，事前審查必須符合下列條件：

(112/12/1)

甲、矯正視力0.01以下或分辨指數30公分以內。

乙、需檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。

丙、檢附角膜混濁或瞳孔無法放大的原因及佐證資料(含聚焦在角膜或瞳孔的外眼照片)。

丁、檢附之外眼照片必須顯示水晶體前皮質均為白色。

12.23706C 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。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

16.(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。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

(2)住院手術之換藥以住院日數為準。(97/5/1)

20.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。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

(十)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項
-皮膚科

17.皮膚疾病使用 Antihistamine (抗組織胺) 藥最多不超過2種為原則；若有嚴重搔癢之皮膚疾病使用3種(含)以上，應於病歷上詳實敘明。(104/1/1)
(112/12/1)

(十二)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-神經外科

15.脊柱內固定器事前審查案件，有下列情形：(106/1/1)(112/4/1)(112/12/1)

- (1)脊椎外傷性脫位。
- (2)刪除(112/12/1)
- (3)椎體前緣壓迫超過 50%。
- (4)駝背角度超過 20 度。
- (5)脊椎前後及側邊嚴重滑脫。
- (6)倘若有神經壓迫症狀，除了疼痛外，須合併 cauda equina syndrome (馬尾症候群)，或 conus medullaris syndrome (脊髓圓錐症候群)，或 acute myelopathy (急性脊髓病變)，或 motor weakness (肌無力)，需立即減壓者，得依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第四編第 65 條規定，以書面說明電傳報備後，先行處理治療。
- (7)TLICS(thoracolumbar injury classification and severity)分數>4 者須手術固定治療。

(十三)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-精神科

11.職能評鑑(45049C)每月最多申報一次，病歷上應有紀錄。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

(十四)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-復健科

101402復健檢查與治療

101402012等速肌力檢查(41006B)

101402012-01同一病人治療期間，一個月限申報1次，同一治療期間，至多申報3次。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

101402012-02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。

101402012-03送審時應檢附報告。

第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項

貳、各科審查注意事項：

二、西醫基層醫療費用審查注意事項-內科

(五)其他注意事項：

23. 「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」計畫審查重點:呼吸照護居家階段審查原則【如附表】(112/12/1)。

呼吸照護居家階段審查原則(112/12/1)

| 審查面向 | 審查原則 |
|--|---|
| <p>紀錄品質方面：</p> <p>審視病程紀錄 (Progress Note)、呼吸治療紀錄 (RT Sheet)、護理紀錄及生命跡象 (TPR Sheet) 等內容記載完整性，一致性及個別性。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.每次訪視應依病況變化有完整病程紀錄、呼吸治療紀錄及護理紀錄。 2.病程紀錄應包含病人當時狀況、呼吸型態與其他重要共病相關的評估、呼吸器設定，並依變化詳載原因、診斷、醫療建議及衛教，第一次新收案應描述主要造成呼吸衰竭、無法脫離呼吸器原因與重要的共病。 3.呼吸治療紀錄應包含指尖血氧濃度、呼吸器檢視及設定、呼吸器管路當月更換紀錄等。 4.護理紀錄應包含生命跡象、營養、身體評估、照顧者照顧技能等訪視評估紀錄及處置、病人反應與指導內容等照護計畫。另衛生福利部居家護理照護管理系統產出之個案照護紀錄得列入審查參考。 5.相關之檢查檢驗，應有適當的紀錄與判讀。 |
| <p>醫療照護品質方面：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.審視評估之完整性，處置之合理性及紀錄完整性。 2.審視醫療診斷正確性，是否有針對呼吸衰竭之病因且依治療目標給予合適之治療與照護。 | <ol style="list-style-type: none"> 1.一般醫療照護品質： <ul style="list-style-type: none"> 針對突發狀況、急性病變及慢性病變等處置之合理性，並有紀錄呈現。 2.每次訪視執行呼吸系統之完整評估。 3.呼吸器病人生活品質： <ol style="list-style-type: none"> (1)定期營養之評估、監測及介入。 (2)特定病人之吞嚥、語言、溝通互動之教導。 (3)評估病人身體活動與相關復健。 (4)第一次新收案應評估病人居家環境及個人衛生。 4.呼吸器管路當月更換紀錄。 5.主要照顧者當月教育訓練評值表。 <ol style="list-style-type: none"> (1)呼吸器基本操作(管路消毒接法、警報處理、潮濕器)。 (2)抽痰技術、氣切照護、甦醒球使用。 (3)提供轉送與緊急處理之相關資訊。 (4)必要時安寧緩和醫療相關資訊。 |

三、西醫基層醫療費用審查注意事項-外科

(九)靜脈曲張手術之審查原則：

1.大隱靜脈系(A)：

- (1)大隱靜脈、股靜脈瓣逆血--單側以69014B，雙側以69015B 給付。
- (2)穿通枝逆血--單側以69019B、雙側依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七節規定辦理。(102/3/1)
- (3)(1)+(2)--單側以69019B×1+69014B×1/2--雙側依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七節規定辦理。(102/3/1)

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。

4.39012C 及39013C 靜脈曲張注射療法，注射治療一年內(自第1次施行時間起算)不超過4次。(106/12/1)(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

(十九)同一療程外科換藥，注射及口服抗生素使用原則：

- 2.消腫劑(如 Chymotrypsin、Seaprose S)使用以 1 種為原則，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。(112/12/1)

(三十五)刪除(112/12/1)

五、西醫基層醫療費用審查注意事項-婦產科

200501 通則

200501050 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規定：

200501050-01 C/S 及婦科手術(ATH,VTH...)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報3次，換藥最多申報3次。(106/1/1) (本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

200501050-02婦科手術(ATH, VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗最多以申報1次為原則。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

200502 婦科子宮病狀診療

200502052婦科子宮鏡檢查(108/3/1)

200502052-05同一個案多次執行子宮鏡檢查之適當性：

- a.當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)
- b.子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者，追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)
- c.子宮鏡手術治療者，術後三個月內得進行追蹤 檢查，若結果為正常，應以一次為限。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)
- d.子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423C)，術後追蹤檢查時若需同時補行沾黏再分離 (而非僅僅檢查)，得以子宮鏡檢查(28022C)申報，每次追蹤應間隔4週(含)以上，整個療程原則上不超過三個月，且應於病歷中完整記載執行之必要性與結果並留有紀錄。
- e.子宮內膜癌行生育保留治療者，追蹤應間隔三個月以上。
- f.其他特殊病人情況，依醫師臨床判斷視醫療準則決定。

200509產科產前檢查

200509012胎心音監視檢查

200509012-01施行胎心音監視檢查(18013C、18014C)，需符合下列任一病狀：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。

200509012-02一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。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

200509012-03送審時請檢附胎心音監視報告。

200509052高危險妊娠胎兒生理評估(19011C)適應症，有關妊娠二十四週後之胎動減少審查原則(112/12/1)

200509052-01病人主訴胎動減少，且胎動每兩小時小於10次，並於病歷記載，得依支付標準規範施行高危險妊娠胎兒生理評估（19011C）。

200509052-02僅因胎動減少之適應症而施行高危險妊娠胎兒生理評估（19011C）時，應與前次生理評估間隔二週以上，小於二週應加強審查。

七、西醫基層醫療費用審查注意事項-泌尿科

(三)尿路結石：

3.施行尿路結石體外震波碎石術(ESWL)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。(102/3/1)

(1)申報費用時應檢附以下資料：

甲、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。

乙、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。如為輸尿管結石施行尿路結石體外震波碎石術(ESWL)則須檢附最近兩週內的影像報告。(112/12/1)

(十一)刪除(112/12/1)

八、西醫基層醫療費用審查注意事項-耳鼻喉科

200902內視鏡

200902022鼻竇內視鏡 Sinoscopy (28003C)：

200902022-01可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。(97/5/1)(100/1/1)(107/2/1)(109/5/1)(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

200902022-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

200902032喉鏡 Laryngoscopy (28004C)：

200902032-01可用於診斷咽喉疾病。

200902032-02送審時需附當次檢查之手繪或影像圖片報告。(109/5/1)

200902032-03不得同時申報喉頻閃光源內視鏡(28005B)。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

九、西醫基層醫療費用審查注意事項-眼科

(四)白內障手術：

17.眼用染劑（白內障手術用）事前審查之檢附照片，應能清楚顯示整個水晶體皮質均為白色之表徵；若角膜混濁或瞳孔無法散大，以致外眼照片無法清楚顯示整個水晶體皮質均為白色者，事前審查必須符合下列條件：(112/12/1)

(1)矯正視力0.01以下或分辨指數30公分以內。

(2)需檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。

(3)檢附角膜混濁或瞳孔無法放大的原因及佐證資料(含聚焦在角膜或瞳孔的外眼照片)。

(4)檢附之外眼照片必須顯示水晶體前皮質均為白色。

(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。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

(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。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

2.住院手術之換藥以住院日數為準。(97/5/1)

(二十)角膜潰瘍點藥、包紮申報53016C，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報四次。(本條文自112年7月1日移列支付標準，爰自114年7月1日刪除)

十、西醫基層醫療費用審查注意事項-皮膚科

(十九)皮膚疾病使用 Antihistamine（抗組織胺）、藥最多不超過2種為原則；若有嚴重搔癢之皮膚疾病使用3種(含)以上，應於病歷上詳實敘明。
(97/5/1)(104/1/1)(112/12/1)

(二十)刪除(112/12/1)

十四、西醫基層醫療費用審查注意事項-復健科

(六)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，(本條文自 112 年 7 月 1 日移列支付標準，爰自 114 年 7 月 1 日刪除)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。

第三部 牙醫醫療費用審查注意事項

伍、牙周病：(101/2/1)

五 (原四十八)、主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效：在進行牙周病緊急處置(91001C)以外之牙周病處置後，若欲再作進一步治療，除特定牙周保存治療(91015C、91016C 及 91091C)及牙周病支持性治療(91018C)外，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過六個月。(100/5/1)(104/10/1)(112/12/1)

十二、申報 91090C (高風險疾病患者牙結石清除-全口)，須為腦血管疾病(中風、帕金森氏症等)、血液透析及腹膜透析(洗腎)、使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物(如附件)、惡性腫瘤患者，或身心障礙手冊障別程度為不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。(111/8/1) (112/12/1)

第四部 中醫醫療費用審查注意事項

八、黑斑、雀斑、白髮、非病態減肥、開放性骨折之整復、三伏貼、針刀、穴位埋線、以美容為目的之處置等不得申報。(98/10/1)(109/3/1)(112/12/1)