

檔 號：

保存年限：

全民健康保險基層總額支付南區委員會 函

地址：700 台南市民生路一段 82 號 2 樓

電 話：06-2211971

傳 真：06-2217483

承辦人：陳美惠

受文者：雲嘉南五縣市醫師公會

發文日期：中華民國九十九年三月十六日

發文字號：九九南基總字第 0067 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明

主旨：有關「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」部分規定修正乙案，惠請 貴會轉知所轄基層院所，詳如說明，請查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局南區業務組99年3月8日健保南字第0995005492號函辦理。

主任委員

王正坤

轉知基層診所

鄭華芬

99.3.17

第一頁 共一頁

99. 3. 17

2149

裝

訂

線

檔
保存年

號
99)南基總收
字0231 號

行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：(南區業務組)台南市公園路96號

傳真：

聯絡人及電話：唐小姐(06)2245678轉4552

電子信箱：

受文者：全民健康保險西醫基層總額南區委員會

發文日期：中華民國99年3月8日

發文字號：健保南字第0995005492號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：全民健康保險牙醫、西醫基層醫療費用審查注意事項增修訂條文

主旨：「全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項」、「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」、部分規定修正條文業經發布，將自99年4月1日生效，請轉知所屬會員至本局「VPN健保資訊網服務系統」查閱並配合辦理，請查照。

說明：依行政院衛生署中央健康保險局99年2月25日健保審字第0990074102A號書函辦理。

正本：全民健保牙醫門診總額委員會南區分會、全民健康保險西醫基層總額南區委員會

副本：

局長鄭守夏

本案依分層負責規定授權組室主管決行

全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項

壹、審查依據及一般原則

(二十二) (99/4/1)

申報項目	適應症或條件
電腦自動視野儀 檢查— Screen (23610C)	高眼壓症(IOP \geq 22mmHg), 疑青光眼患者兩眼眼壓差距大於4 mmHg 或兩眼視神經盤凹陷相差過大者。
內視鏡喉頭異物 取出術(54018C)	係指藉內視鏡取出位於喉及下咽部的異物, 血塊或分泌物者屬之, 病歷上應記載詳實, 申報時需附報告, 手繪或影像圖片皆可。
血紅素電泳 (08030C)	1. 小血球性貧血最主要的因素有二: (1) 缺鐵性貧血 (2) 地中海型貧血 2. 血紅素 $<$ 6mg/dl, 不論原因建議住院。 3. 一般血液檢查屬小血球性貧血時, 建議成人血紅素 $<$ 6mg/dl (即是缺鐵性貧血) 予以轉診住院治療。 4. 血紅素介於6mg/dl \sim 10 mg/dl 之間, 有以下情形, 且經專業判斷須進行治療者, 可執行本項檢查: (1) 有疑似地中海型貧血者或有地中海型貧血家族史者。 (2) 必須區別地中海型貧血之類型。 (3) 小血球性貧血補充鐵質後仍未改善者。
β -HCG 絨毛膜促 性腺激素-乙亞單 體(12022C)	1. 月經過期, 確認是否懷孕(如果驗尿無法確認)。 2. 懷疑與追蹤子宮外孕。 3. 懷疑與追蹤不完全流產或流產進行中。 4. 懷疑妊娠滋養層細胞病變(包括葡萄胎與絨毛膜癌等)。
經尿道(直腸)超 音波檢查 (19017C)	1. 經直腸超音波檢查: 評估攝護腺大小及攝護腺癌可能, 此項由泌尿科或放射科專科醫師執行或經由泌尿科醫師開立醫囑後執行。 2. 經尿道超音波檢查: 評估膀胱腫瘤局部侵犯程度, 此項不宜由非泌尿專科醫師執行。

貳、各科審查注意事項

二、內科審查注意事項

(一)門診部分審查原則：

12. 肝功能指數略為異常(如 GPT:46)，後續再執行 B、C 肝檢查及超音波檢查之診療準則：

(4) B、C 肝炎患者每 6 個月超音波追蹤檢查一次、肝硬化患者每三個月超音波追蹤檢查一次為原則。(99/4/1)

14. 病歷記載不全之審查原則：

(1) 病歷中如無身體檢查紀錄者，及無符合用藥、處置或檢查之身體檢查紀錄者，則相關之藥品、處置或檢查項目，應予核刪。

(2) 申復案件，如再補登病歷記錄者不予補付。(99/4/1)

(八)1. 高血脂用藥指引請參考全民健康保險藥品給付規定。(99/4/1)

三、外科審查注意事項

(二) 傷口之處置、換藥之審查原則：

2. 診斷為燒傷之個案，應註明燒傷之部位、種類、嚴重度，佔體表面積百分比或總面積(平方公分)。(99/4/1)

3. 燒傷門診病患之處置、換藥燒燙傷部分：

(2) 小範圍燒燙傷：25 平方公分以內小面積之第 1 度及第 2 度燒燙傷第 1 次及第 2 次以 48001C 申報，第 3 次以後以 48013C 申報，但適用全身分 6 區，可分開申報。(99/4/1)

5. 燙傷換藥面積在手術後加大，依實際情形申報必須附詳細照片。(99/4/1)

四、兒科審查注意事項

(一) 通則：

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。其它之檢查(驗)項目(不需次專科醫師判讀者)，亦應註明檢查之理由，並檢附相關檢查(驗)報告送審。

(99/4/1)

8. 兒科病患常因病情變化或服藥服從性不高等因素造成院所重覆給藥之困擾，審查醫師依病歷記載及重覆比例詳加審核，如重覆比例過高，應予加強審查，並輔導院所加強衛教。(99/4/1)

12. 支氣管擴張劑、類固醇及化痰劑，經由 Nebulizer 給予的治療方式，須符合「全民健康保險藥品給付規定」相關規範。(99/4/1)

(十二)1. 檢驗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。

2. 實施免疫球蛋白 IgE (12031C) 或嗜酸性白血球數 08010C (Eosinophil count) 或過敏原 (定性) 檢驗 (30021C) 若其中一項為異常，方得執行過敏原定量檢查兒科 (30022C)。

(99/4/1)

五、婦產科審查注意事項

(三) 用藥：

2. 注射藥品之使用時機，應以不能口服或口服不能期待有立即治療效果時，方得為之。(99/4/1)

(二十六) 子宮、陰道及外陰之發炎，門診口服抗微生物製劑使用以

一種為原則，得併用陰道塞劑或藥膏。(99/4/1)

(三十三) 產檢申報原則：

1. 產前檢查給付十次，其時程分為三階段，給付時程可彈性辦理。

(1) 17週之前：給付二次。

(2) 17至29週：給付二次。

(3) 29週以後：給付六次。

2. 應避免上述同一階段有超次的情形。

3. 刪除(99/4/1)

七、泌尿科審查注意事項

(六) 刪除 (99/4/1)

八、耳鼻喉科審查注意事項

(六) 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。(99/4/1)

(八) 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)或比照黏膜下透熱法(65074C)項目申報。同病人一年以1次為限；其

手術後傷口處置及換藥 Wound treatment and change dressing
(54027C)局部處置,一個月申報不得大於5次(含5次)。(99/4/1)

全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項

- 一 病歷（得以中文或英文記載）書寫應清晰詳實完整，若經兩位審查醫師會審，仍無法辨識者，則逕刪減之。且各項診斷應記載於病歷內頁各項處置之前，不得僅記載於病歷首頁診斷欄內。病歷內頁記載診療內容，經送審核刪後，診療內容不得修改後再申復，如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，以電子病歷送審者，依該規定辦理。(99/4/1)
- 二 牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。(99/4/1)

英文名稱	英文縮寫	英文名稱	英文縮寫
Amalgam Filling	AF or AMP	Lower Right	LR
Buccal	B	Mesial	M
Block Anesthesia	B. ANES	Myofascial Pain Dysfunction Syndrome	MPDS
Camphorated Monochloro Phenol	CMCP	Normal Saline	N. S.
Camphorated Parachlorophenol	CPC	Occlusal	O
Cervical	C	Occlusal Adjustment	Occ. adj
Composite Resin Filling	CRF	Operative Dentistry	OD
Distal	D	Oral Hygiene Instruction	OHI
Endodontic Treatment	ENDO Tx	Oral Surgery	O. S.
Extraction	EXT	Palatal	P
Facial Buccal	F&B	Periodontal	Perio
Formalin Cresol	FC	Rubber Dam	RD
Full Mouth	FM	Residual Root/Retained Root	R. R.
Glass Ionomer Cement Filling	GIF	Root Canal Enlargement	RCE
Gutta Percha	GP	Root Canal Filling	RCF
Gutta-Percha Point	G-P POINT	Root Canal Treatment	RCT
Incisal edge	I	Temporo-Mandibular Joint	TMJ
Incision & Drainage	I&D	TMJ and Muscle disorder	TMD
Labial /Facial	F	Upper Anterior	UA
Lingual	L	Upper Left	UL
Local Anesthesia	L. ANES	Upper Right	UR
Lower Anterior	LA	Working Length	WL
Lower Left	LL		

十 X光片應沖洗清晰可辨，數位X光機所列印之膠片尺寸大小應與一般相關X光片相符。不得以數位X光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附X光片，其相關費用應予核減。若重覆補照X光片時，申復時應補上原核之X光片，連同初審作比對。(99/4/1)

十一 送審時檢附之照片，應每張分開浮貼於病歷影本或處方明細表上；照片應清晰標示姓名且足以辨識上下左右、舉證之牙位及鄰接牙；若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附照片，其相關費用應予核減。若重複補拍照片時，申復時應補上原送核之照片，連同初審作比對。照片之保存期限，依據醫療法之規定執行（病歷至少須保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其法定成年後七年）。(99/4/1)

十六 實體病歷應製作詳實完整，逐日逐筆記載申報費用檢附之實體病歷影本應清晰完整，且需具有至少六個月之病歷內容。

(一) 6個月之內無看診記錄者，需接續上次看診記錄，不論半年內是否有就診記錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料；醫院綜合病歷得以任何科別之看診日期戳章接續。如為初診病歷，則不需檢附六個月資料。

(二) 病歷需全頁影印，不得剪貼、遮掩。

(三) 為因應審查需要，得請醫療院所提供所需之相關文件及資料(如附件一)，醫療院所不得藉故拒絕。如所檢附之相關文件及資料不齊時，得刪除其所申報之費用。(99/4/1)

二十一 根管治療完成充填之界定：

(一) 根管操作長度以根管開口參考點至根尖之長度計算之。但根管根尖須充填5mm才達緻密。

(二) 單一根管：除有鈣化之情形者外，其充填須緻密達根管內距根尖2mm。(99/4/1)

(三) 多根管：後牙以超過三分之二才予給付，根管阻塞者以超過二分之一才予給付。若有明顯無法克服之情況，如：根管阻塞，極度彎曲或存在器械斷折〔非同一醫院所操作時斷裂等〕不在此限。

(四) 乳牙之根管充填超過二分之一以上(多根管者為全部根管)才得以給付。

二十二 拆除支台齒上之牙冠(以實際拆除支台齒上之牙冠數給付)或作橋體切斷術(橋體切斷視為90007Cx1給付)，應於病歷上詳實記明，並檢附術前、後X光片或相片(X光片或相片費用內含)申報

之，若比例太高時，則實地訪查。(99/4/1)

二十三 根管治療時申報根管擴大與清創(90015C) 所檢附之X光片或相片上，若可證實有使用橡皮障防濕裝置(亦即牙齒上夾有clamp者時)，可同時申報橡皮防濕裝置(90012C)一次。但(90012C) 同療程(含90015C)申報以四次為限，病歷應詳實記載，並須檢附X光片或照片為佐證，於完成時申報。(99/4/1)

二十五 乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後X光片。根管充填須達根尖二分之一，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以90016C申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上(殘存牙根長度在3mm以內者)，不得申報乳牙根管治療。(99/4/1)

三十 對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療，一律以92001C或92066C給付。三天內視為同一療程，92001C三十天內限報二次，但特殊黏膜病變不在此限。申報92066C嚴重口腔潰瘍病歷應記載病灶之數量與範圍。(99/4/1)

三十一 單純牙齒鬆動可申報92002C，拆除可申報92001C。牙齒和齒槽骨或顎骨鬆動，可申報92007B或92008B，拆除可申報92006C。(99/4/1)

四十 若發現91003C、91004C申報異常，得請院所檢附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核(相片或X光片費用已內含)。(99/4/1)

四十一 申報初診診察01271C~01273C：(99/4/1)

(一)全口無牙或殘存牙齒少於8顆之病患不得申報01271C、01272C及01273C。

(二)初診診察記錄視同病歷首頁，應於每次抽審時附上最近一次之初診記錄及相關X光片，如為連續抽審案件得附最近一次之初診記錄即可。

(三)初診診察記錄內容需載明基本牙周狀況評估分為：

1. 健康 2. 牙齦炎 3. 牙周炎。

四十二 申報癌前病變軟組織切片(92067B)應具體描述病灶的表徵。(99/4/1)

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，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過三個月。(99/4/1)

【附件一】

「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」

第四條所稱「診療相關證明文件」(99/4/1)

「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第四條所稱「診療相關證明文件」，經明確定義如下：

1. 於審查必要時，醫療院所應提供下列文件以利專業審查醫療之所需：
 - (1) X光片。
 - (2) 術前、中、後臨床彩色照片，並註明日期。
 - (3) 保險醫療費用明細表。
2. 目的：
 - (1) 專業醫療審查所需。
 - (2) 評估醫療是否按臨床治療指引明定之步驟合理執行。
3. 符合下列任一條件：
 - (1) 根據電腦檔案分析指標擇出。
 - (2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經委員會通過。
4. 提供時機：依分區委員會實際需求正式通知健保局各分區業務組。
 - (1) 根據電腦檔案分析指標擇出。

由全國二十項指標中選用八項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質，八項共同指標如下：

八項指標：

 - (a) 就醫病患平均耗用值
 - (b) 每位OD患者平均OD耗用值
 - (c) O.D點數佔率
 - (d) 就醫病患平均O.D顆數
 - (e) 二年內自家O.D重補率
 - (f) 三年內自家O.D重補率
 - (g) 二年內他家O.D重補率
 - (h) 三年內他家O.D重補率
 - a. 八項指標共同分析，每項指標取百分位前5%，再依分析結果評量異常程度。
 - b. 異常人數以該區總醫師數1%為上限，並三至六個月檢討一次。
 - (2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經委員會通過。
5. (1) 異常院所名單以該區總家數之1%為上限，於三至六個月檢討一次。
 - (2) 期限：三至六個月為原則，必要時延期一次。