

(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

- 1.(1)照光治療：病歷應附照片(首次治療前)，並依規定註明每次治療日期及劑量，若未註明則保險人不予給付。病情穩定者，同一療程以六次為原則。治療後每三個月照相一次檢視改善情形，每50次須重新評估。每次治療須有患者親自簽名。(97/5/1)(99/7/1)(102/7/23)(109/5/1)
(2)刪除(109/5/1)
- 2.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)】：(95/7/15)(99/7/1)
申報原則：病歷應詳實記載，治療方法須有學理根據。
 - (1)液態氮冷凍治療(51017C)：病灶數量需3個(含)以上或總面積大於2平方公分($>2\text{cm}^2$)，或必須先做削皮(shaving)處置者。
 - (2)冷凍治療—單純(51021C)：病灶數量單一或總面積1平方公分以內($\leq 1\text{cm}^2$)之單純冷凍療法。
 - (3)冷凍治療—複雜(51022C)：病灶數量需2個或總面積大於1平方公分至2平方公分以內($>1\text{cm}^2$ 且 $\leq 2\text{cm}^2$)之複雜冷凍療法。
 - (4)位於所有人臉部或六歲以下孩童，得以診療項目代碼51017C 申報醫療費用。(99/7/1) (101/2/1)
- 3.皮膚病灶內部注射—4平方公分以下(51009C)—4-9平方公分(51010C)、皮膚病灶內部注射—9平方公分以上(51011C)
 - (1)申報原則：須多次治療時，每次注射應間隔一週(七天)以上，執行率偏高者將列入重點審查。同一之囊腫若施行此處置，不得再另

行申報切開排膿，應擇一申報，如為病灶廣泛之病例，須另行處方外用類固醇製劑時，應於病歷上記載清楚。

(2)適應症：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。(97/5/1)

4.刪除(99/7/1)

5.切開排膿(51020C)，限囊腫及大型膿瘍(abscess)申報。甲溝炎、毛囊炎及一般血腫之引流或傷口之引流應以【皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿庖切開)】(51004C)申報。

6.全身性溼疹，限慢性且病灶面積達全身三十%以上之個案，並須附病歷影本備查。

7.白斑患者接受紫外光化學治療之審核原則：

(1)病灶限暴露部位，病程不超過五年者。

(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。

(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。

8.凡行皮膚科之切除手術，均需檢附病理報告，病歷記載應清楚，必要時可同時檢附照片(腫瘤之長度以最大直徑計算)。

9.審查醫藥專家如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後送審時應檢附照片。(102/3/1)(106/1/1)

10.施行皮膚處置之後，得視病情需要酌量開立三天以內藥物處方。

- 11.皮膚科使用 tranexamic acid 之適應症限於皮膚出血性疾病。
- 12.皮膚科使用口服抗黴菌藥物，如使用 Sporanox (itraconazole)或 Lamisil (terbinafine)時，原則上不宜併用 azole 類或 allylamine 類外用藥，若病情需要，建議使用其他適當之外用製劑。
- 13.皮膚科使用外用藥於申報費用時，請於門診處方治療明細或住院費用醫令清單上，明示其重量或容量，俾利審查時評估藥量使用之適當性。
- 14.二氧化碳雷射手術(CO₂ laser operation)62020B 適應症如下：(110/6/1)
(112/4/1)
 - (1)Nevus sebaceous(皮脂腺母斑)
 - (2)Epidermal nevus(表皮母斑)
 - (3)甲圍疣(Periungual warts) 限使用在有5個(含)以上，或面積大於2平方公分以上之病灶，申報時需附照片。(97/5/1)(99/7/1)(110/6/1)
 - (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)。
 - (5)Lichen amyloidosis(苔癬性類澱粉症)。
 - (6)Hemangioma(血管瘤)。
 - (7)Skin cancers(皮膚癌)。
 - (8)Mibelli 型汗孔角化症(porokeratosis)。

良性腫瘤須附照片，癌前期病變及癌症須附病理報告。
- 15.Acne therapy 不論數目多寡，以申報一次51004C『皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿庖切開)』為原則。

16. 紫外線照光治療適應症及規範(中央健康保險局九十四年七月十二日
健保審字第0940068849號函)：

- (1) 全身性乾癬(含中、重度板塊性乾癬及點滴狀乾癬、乾癬性紅皮症)，
或掌蹠局部頑固性乾癬之積極治療或維持療法，應有照片備查。
- (2) 白斑症，穩定型全身或局部病例，每經50次治療後，應附治療前後
比較照片證明其積極療效。若無明顯療效，但停止治療後，白斑再
次惡化，即紫外線治療僅具穩定病情效果者，亦應附停止時及停止
治療後惡化之比較照片以供繼續治療之療效參考。
- (3) 成人全身頑固性異位性溼疹及全身性結節性癢疹之短期3個月內療
法，所稱全身性異位性溼疹係指病灶侵犯體表面積30%以上，所稱
全身性結節性癢疹，應有100顆病灶以上。均應有全身及局部照片
供備查。
- (4) 尿毒症、黃疸性皮炎及後天性免疫缺乏徵候群之發癢性疹。尿毒
性、黃疸性皮炎僅限使用一般紫外線療法，不應使用 PUVA 治療。
- (5) 經切片診斷確定之皮膚 T 細胞淋巴瘤、淋巴瘤樣丘疹病、泛發性扁
平苔癬、類乾癬(包括板塊性 en plaque)及丘疹性 PLC、PLEVA)。
- (6) 經切片診斷確定之全身性硬皮症、硬皮樣慢性移植物抗宿主病
(GVHD)，但僅限使用 PUVA 及 UVA1 治療。
- (7) 慢性頑固性掌蹠汗疱疹合併角化，經持續治療半年無效，應檢附照
片備查。

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
例外情況應於病歷上敘明。(104/1/1)