(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(＞2cm^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(≦1cm^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(＞1cm^2 且≦2cm^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；如病灶屬隱私（如生殖器官、乳房、鼠蹊部等）部位，或病人基於隱私因素，無法同意拍攝照片時，經明確告知並經病患簽名留存病歷，得由醫師以圖示註明或描述。(102/3/1)(106/1/1)(114/6/1)

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(CO_2 laser operation)62020B 適應症如下：(110/6/1)(112/4/1)

(1)Nevus sebaceous(皮脂腺母班)

(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、黃疸性皮癢症及後天性免疫缺乏徵候群之發癢性疹。尿毒性、黃疸性皮癢症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)