

健 保 專 欄

眼科門診診療申報及審查共識（基層醫療院所） 初行試行版

前言

1. 中華民國眼科醫學會醫療保險事務委員會制訂（95-6）
2. 總額約束下採取嚴格且明確申報方式，以達到起跑點公平，讓醫師申報費用時免除恐懼
3. 本共識內容僅限基層醫療院所申報使用，並計劃三個月後修正，若有疑問請傳真向學會反應（02）23146835
4. 計畫未來若任何案件如符共識但仍遭刪除，可交由學會代為爭議審議（施行細則待後公佈並實施）

原則：

- (1) 所有檢查項目除非另有列項，否則均為包括『雙眼』，不可取巧一次，只紀錄一眼。
- (2) 初診檢查即有疾病狀況或需做處置者，原則上總申報以不超過三項為原則（三項檢查或一項處置加兩項檢查）且須符合診斷處置之原則。
- (3) 狀況穩定定期追蹤之慢性病病患，一個月期限內最多申報專案一次且申請檢查項目以兩項以內為原則且符合診斷必要性及共識之適應症範圍
- (4) 病歷書寫以整齊清晰為主，審查時以處置共識為前提，診斷手術之合理性來判斷，不以書寫的美醜來判斷，簡寫不能作為刪除之理由。
- (5) 一般初診時疾病篩檢若無異常發現則不可申報檢查，但如糖尿病眼底檢查例外，眼底正常者初診及每六個月可申報 23702C 一次。
- (6) 眼科抽審到之案件需附病歷首頁及支持主診斷當次治療前後相關之病歷影本資料（非僅當次就診之病歷影本）。

在門診即可診治的疾病不宜住院，如單眼眼皮及眼瞼簡單之手術（有合併症之倒睫，老年性眼瞼下垂...），翼狀贅肉之去除，雷射之處置。

項目	類別	項次	內 容
一、 檢查	裂隙 燈	*	申請任何一種檢查費用，病歷上一定要有該項檢查結果之記錄，如視野檢查需附上視野圖。
		1	結膜異物或角膜異物，除申報異物摘除之費用外，還可申報 slit-lamp。（特殊狀況下每一病患一個月內限申報最多 2 次，其餘自行吸收）
		2	申報細隙燈檢查須附上圖形並詳述病情，不可只寫病名即申報，其適應症範圍： (1) 角結膜疾病(慢性結膜炎、結膜下出血...等不應申報)：急性結膜炎、乾眼症可申報，如不易以圖形表示之，宜文字詳述變化 (2) 眼部異物（含眼瞼結石） (3) 虹膜炎 (4) 水晶體疾病 (5) 青光眼 (6) 玻璃體疾病
		3	角膜炎白內障或青光眼申報 23401C 細隙燈，須附上圖形並詳述病情，不可以只寫白內障即申報

健 保 專 欄

眼底	4	患白內障的病人，回診時每個月可以申請一次 23401C 細隙燈，但要記載白內障程度。
	5	slit-lamp 申報如超過 30%，將會由行政人員逕行刪除。Slit lamp 申報數量在 30%以內，如符合診斷要件及眼科共識應可申報。
	1	Uveitis 病人可報眼壓及眼底檢查 (23702C)，一次療程以申報一次為原則。
	2	申請 23501 或 23702C 眼底檢查，需記錄檢查結果。
	3	青光眼病人初診可申報 23401C，23302C 及 23501C 眼底檢查 (不可超過三項)。複診且狀況穩定者者，限每月申報乙次且不可超過上述檢查項目之 2 項，並記載 Finding。(正常亦須記載)。
	4	23702C 間接眼底鏡檢查申報需附圖及病況描述其適應症範圍(1)角膜、水晶體及玻璃體有混濁使眼底不易觀察時(2)視網膜病變(週邊變性)(3)飛蚊症(4)高血壓糖尿病患者 (5) 高度近視。病情穩定者，除特殊狀況外每月申報不宜多於一次，病情應詳述紀錄。
	5	23702C 間接眼底鏡檢查，對近視病人要求作健康檢查，病人有症狀，檢查時有 finding 時可申報但須附圖標示病灶，不應作為例行檢查，但高度近視 (>600 度) 患者定期追蹤時一年可申報一次。
	6	23803C 瞳孔放大不可用於屈光檢查時申報。若病人眼底不易觀察須放大瞳孔時，可與 23501C 眼底檢查同時申報，但不可與 23702C 倒立式眼底檢查同時申報
	7	23803C 瞳孔放大之申報原則： (1) 23702C 間接眼底鏡檢查，已包含散瞳費用在內，不另給付； 23501C 直接眼底檢查，於情況需要散瞳時，得另行申報散瞳費。 (2) 白內障手術前因病情需要散瞳，得申報散瞳費乙次。 (3) 白內障手術後門診例行之散瞳檢查，不另給付。 (4) 住院期間每日例行之散瞳檢查，不另給付。
	8	裂孔型視網膜剝離除非有玻璃體混濁等特殊情況，否則不應例行申報 B-SCAN 檢查，但有發現者除外 (如 CHOROIDAL DETACHMENT)，牽引性或滲出性視網膜剝離可申報 B-SCAN。
	9	網膜裂孔定位限於手術或雷射前申報，若有破洞或視網膜剝離但沒有手術，可申報間接眼底檢查和裂隙燈眼接觸鏡檢查，兩項擇一項申報。
	10	糖尿病患者初診或接受內科轉診單 (病歷附轉診單) 時，如有做詳細眼底檢查，即使眼底正常，也可申報間接眼底檢查；以後每六個月複診可再申報一次間接眼底檢查；已有網膜病變者不再此限。
	12	飛蚊症患者，若合併高度近視、糖尿病或周邊視網膜變性症等，可申報間接眼底檢查。floater 及 DM retina 之檢查，若非次數異常頻繁，健保局應會給付。

健 保 專 欄

	13	螢光血管攝影檢查所使用之螢光劑已包含在該項檢查費之內，但另外再申報數張彩色眼底照相：局部病變，每眼四張；廣範性病變，每眼八張；ICG 比照 FAG 之方式申報。
眼壓	1	23305C 氣壓式眼壓測定，已定為疾病之診斷及青光眼追蹤，若僅為例行篩檢，應包含一般診查費用，申報時須有電腦印表紙，但若數值不穩定（*或<>）最好以 23302C Goldmen 來測量並申報為宜。
	2	青光眼初診患者可以申報眼壓、細隙燈、眼底及隅角鏡檢查擇其中三項申報；閉鎖性青光眼患者於雷射虹膜穿孔術後，可再申報一次隅角鏡檢查；一般青光眼複診患者每個月可再申報眼底鏡檢查（23501C），但皆應有病歷記錄 C/D ratio。青光眼手術後穩定追蹤之檢查，即使沒有使用青光眼藥物，一個月可申報一次眼壓測量，另加一次細隙燈檢查。（參考眼底類第三項說明）
	3	需長期追蹤病程的病人定期做間接眼底檢查或 IOP 測定，只要合理的話，儘量不刪。病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓及細隙燈應一個月申報乙次為原則。
	4	從一次的眼壓測定無法知其實際眼壓情況，因只量一次，建請眼壓測定二眼應各量三次，以便判斷，不可因一次 IOP21 或 22mmhg 即給予用藥。（青光眼用藥初診時應有詳細的病史、問診及檢查（包括眼底視神經檢查，甚或視野檢查）並非單靠量眼壓就給藥）
	5	眼壓之測定不可例行申報。初診病人常需篩檢是否有青光眼或視網膜疾病，眼壓 23301C、23302C、23305C 及 23501C 眼底檢查，不可以列為例行檢查除非合乎下列二個標準之一：(1)眼壓高於正常值(2)眼壓正常但是神經凹陷不正常。。
隅角	1	23402C 前房隅角鏡在何時可以申報：(1)前房閉鎖性青光眼或前房狹窄易引致急性青光眼者；(2)前房隅角有異常者如 Congenital glaucoma，uveitis-induced glaucoma，Posner-Schlossmann syndrome，Angle recession glaucoma 及其他特異性青光眼(3)青光眼及高眼壓患者。
	2	手術、雷射前後各可申報一次，狀況穩定者一般追蹤不可再申報。
視野	1	基層診所若購有自動視野儀(Automated perimeter)可申報 23607C 靜態視野檢查或 23608C 動態視野檢查。但抽審時需附檢查結果及判讀報告，和病歷記載其適應症，有 finding 宜隔半年以上再作，但若正常且病情追蹤需要，以一年做一次（正常亦可申報）。
	2	靜態視野檢查（23607C）-青光眼病患六個月檢查一次。黃斑部病變亦可申報，周邊視野檢查（23601C）或動態視野檢查-眼神經病變或依病情需要申報。
染色	1	乾眼症第一次應可申報 23706C（需有描述），但不可另申報 23401C。

健 保 專 欄

		2	23706C 角膜活體螢光細胞染色體檢查已內含 23401C 細隙燈檢查費，不得同時申報。
		3	23706 角膜活體螢光細胞染色體檢查 Fluorescein Staining 適用於 (1)Dendritic lesion(2)其他 corneal ulcer (3)superficial punctate keratitis (4)Epithelial Defect。Teat Film Break UpTime 雖用 Fluorescein 來檢查，但檢查費應自行吸收。申報 23706C 者，不可加申報 23401C
斜弱	1		弱視檢查項目申報 (23812C)，以一次為限，須附矯正視力、眼位、眼底紀錄、立體感檢查，不得另行申報其他相關檢查。
	2		53024C 視覺機能訓練以每週申報一次為原則，四次為一療程，並附上每次訓練前後之視力記錄，如同一療程中另外發生其它疾病，可再蓋一次健保卡並給藥。
	3		53024C 視覺機能訓練療程之費用申報方式，依同一療程之相關規定，同一療程之醫療費用應於療程結束後合併申報；另如屬跨月之療程得拆帳分開申報，又療程中如因其他疾病就診時，不計入療程計算，可另行申報藥費及診察費。
	4		23002C 光覺測定 light perception 本項不應申報
	5		6 歲以上而視力 0.8 以下視為弱視，屈光性弱視初診患者可申報一次弱視檢查 (23812C)，原則如下： (1)初次屈光檢查 (2)散光 $\geq 1.5D$ (3)遠視 $\geq 2.5D$ (4)須散瞳屈光檢查 (5)立體感檢查 其它 organic amblyopia 初診患者，如有做過詳細驗光、眼位、眼底、細隙燈等檢查，也可申報弱視檢查。
	6		初診患者應病情需要，有做詳細眼底檢查者，可做直接眼底鏡檢查(23501)，如眼壓 ≥ 20 mmHg 但無其它青光眼之徵兆，可用疑似青光眼之診斷，再做眼壓檢查；高度近視($\geq -6.0D$)初診患者可做間接眼底檢查，宜加註“散瞳”並記錄眼底所見。
	7		散光 $\geq 2.0D$ ，如有做角膜曲度檢查，可以申報 23001 (60 點)。
	8		不等式檢查申報 (23801C-135 點) 的條件為兩眼度數相差 2.5D 以上 (指 MRSE 差 2.5D 以上)
斜視	1		斜視初診患者可申報三稜鏡檢查 23203C (120 點)、及立體感檢查 23301C (90 點) 共二項，複診患者可申報一次斜視檢查 23208C (80 點)。斜視患者於第一次檢查，或術前、術後及每三個月依病情需要可申報前述二項功能性檢查。初診之定義，不一定是第一次門診才算初診，真正第一次作斜視檢查那次為初診，但申報時要附該次之前的所有病歷紀錄。

健 保 專 欄

項目	類別	項次	內 容
二、處置及手術（不可二項合併申報處置，應擇高的一項申報）	鼻淚	1	53006 淚管沖洗若有持續性流淚症狀時，為確定診斷（可申報診斷淚溢 37520）可以申報，不必一定要有 positive finding 但須註明結果，對一般 CASE 不可反覆申報 53006C。
		2	53028C 淚孔擴張應用於 Punctum occlusion 病患，不應與 53006C 淚囊沖洗一同申報，此外 淚囊沖洗若需重覆申報，僅限有慢性淚囊炎病患，且申報不得過於頻繁，一個月限報一次。DCR 及 CDCR 術後之淚道沖洗，亦適用淚囊沖洗申報，一個月限報一次。
	雷射	原則：	1. 施行雷射當次不宜再申報其它檢查項目，但初診且須同步雷射者，不在此限 2. 抽審時，前後雷射病歷記載應盡量附齊全 3. 需繪圖且註明雷射之條件 4. 雷射一般不需附相片或 FAG，但 GRID 黃斑部雷射(60001C 及 60002C)需附 FAG 或眼底照片
		1	Laser PI 原則上一次申報一眼，同一眼最多作兩次（時間間隔依眼壓高低而定），且需病歷記錄清楚，超過兩次則自行吸收。
		2	申報 YAG capsulotomy 不可再申報 slit lamp 及散瞳檢查，病歷需記錄術前、術後之矯正視力及施術情形，不可在白內障術後一個月內施行，同時需有附眼底檢查所見。雙眼不宜在同一個月內施行且同一眼同一診所不可申報第二次 YAG-CAPU（60014C）
		3	白內障手術後施行雷射後囊切開術之比率約百分之三十左右，故同一醫療院所施術比不應過高。雷射當日不宜申報散瞳費或其他檢查項目；若超過 30%則必須附照片為證，超過 50%部分健保局立即刪除。
		4	Argon 雷射：初診即可申報之適應症 (1) Retinal tear +/- Local RD (2) PDR ê partial VH or pre-retinal hemorrhage (3) NVI or NVG due to retinal condition 偏遠且就醫不便或身體狀況不良之患者（抽審時提出說明） 以上狀況若有必要，可同時申報兩眼且分次雷射時不受必需間隔兩週之原則規定。
		5	雷射治療(60001-60014)：以門診手術為原則，限眼科專科醫師實施後申報，原則一次申報一眼（同眼雷射間隔一般宜大於 1 週）。 (1) 60003C+60004CX2(糖尿病網膜症)，即指糖尿病網膜患者如須施行全網膜雷射術，其同一療程需情況需要時，得列報一次 60003C 及二次 60004C 費用 (2) 同一療程或同一病灶係指該處置須分多日或多次來完成者，須註明次數（1#，2#）及雷射條件。 (3) 申報 60001C 至 60006C 需附術前與處置之完整病歷紀錄 (4) 虹膜穿孔需有隅角鏡檢查及眼壓檢查紀錄以為審查依據 如過去從未雷射，如需視網膜雷射則每眼每一年內最多申報 60003C*1・60004C*2・60006C*1 共 4 次，但如過去已在他院雷射過，則每眼至多申請 60003C*1・60004C*1・60006C*1 共 3 次

健 保 專 欄

		6	60005C/60006C 週邊(局部)網膜雷射術 Focal laser for peripheral retina 之申報，應合乎病情需要，病歷須有圖形表示病灶所在，雷射之條件如 power, duration, total spots 皆應記載清楚。(不需要求相片) 但比例不宜超過一般平均發生率(醫院)
		7	一眼 PACG acute 後，另一眼施予 Prophylactic LI 者，即使眼壓正常，應予給付。但僅雙眼前房狹窄，眼壓未高之病患，不宜逕行施行預防性 LI
		8	初診病人(在別處做白內障手術)如須做 YAG capsulotomy 處理續發性白內障，要有白內障手術之地點、日期之記載，及目前檢查結果(包括矯正視力)之紀錄，及手術是否已超過一個月以上，雙眼避免在同一個月內施行 YAG-CAPU (60013C)。
	麥、霰粒腫	1	霰粒腫手術，應可不另附手術紀錄 OP Sheet，但病歷一定要有手術相關記載(OP Note)，一般審查會從寬，但行政刪除者，無法負責。Chalazion 只要 History、op note 描述清楚，且比例不是太高(注意：I&C 87025C / I&D 53003C 不宜超過 10%)，應不被刪除。
		2	霰粒腫與麥粒腫之申報比例，應合乎情理，不應有過度申報霰粒腫之情形。另外除病人病況必須立刻手術外，應可先試用藥物治療，除非已形成 Abscess，否則不應每例皆立刻手術。
		3	麥粒腫所申報之 53003C 眼瞼膿瘍切開術屬處置類(非手術類)，上下眼瞼皆有麥粒腫，若為同一眼，只能申報一次(x1)；若不同眼則可申報兩次(x2)。霰粒腫手術屬手術類，若同一眼上下眼瞼皆需手術，以同一手術野計算，其申報為 1.5 次(x1.5)；若兩眼同時需手術因屬不同手術野，則申報兩次(x2)
		4	霰粒腫手術申報比例異常之院所，會請該院下個月起送審案件應檢附相片供參
	拆線	1	53005C 拆線單眼若同一眼之上下眼瞼均需拆線，以申報 1 次(x1)為原則
		2	結膜手術後拆線可申報 53005C 或 85205C 【與健保局協商中】
	眼瞷	1	複雜性翼狀贅肉須具有左列任一項符合條件：(應有同側半邊臉部的照片各一張以資備查) 1. 復發性 (以前曾接受過切除手術者)。 2. 翼狀贅肉侵至角膜 5mm 者，或鼻側顳側同時手術者。 3. 已產生眼球粘連者，包括眼瞼與角膜粘連者或嚴重結膜與鞏膜粘連者。
		2	非複雜性者應在門診施行手術，惟兩眼同時施行手術或僅單眼有視力者，可住院診療。
		3	Pterygium 如侵入角膜屬角膜病變，可以申報 23401 項檢查。

健 保 專 欄

眼皮	1	依中央健康保險局 86.3.7 健保醫字第 86005687 號函示『簡單眼瞼內分手術(含賀式手術)，如同一眼之上、下眼瞼同時施行前述手術時，應按支付標準第七章通則六之(二)：「經不同刀口施行同類或兩側性手術，其第一項或一側手術依其所定支付點數；第二項或另側手術，依其點所支付點數之一半計算；第三項手術依其所定支付點數之五分之一計算，其餘不計。」之規定辦理』
	2	同一眼上、下眼瞼同時施行手術，需申報一主刀一副刀；若因病情需要，兩眼同時開刀，視為不同手術野，得分別申報兩眼均為主刀
	3	Dermatochalasis 手術可以 Hotzs operation 項目申報，但需符合病情需要才能手術
	4	眼瞼內翻之手術，若為小孩需用全身麻醉。病歷中若附病人術前術後照片，可減少是否美容手術之爭議。
	5	眼瞼內翻手術有 87009C 及 87010C 兩項，一般簡單之眼瞼內翻手術，宜以 87010C 申報，復發性則以 87009C 申報。
	6	眼瞼內翻矯正手術，非美容手術下，可給付。
	7	若同時做淚管的沖洗(53006C)及探測(53018C)時，由於健保局規定處置只能申報一項，因此可以申報淚管 Bougie(53007C)。
	8	Facial spasm 施打 Botulinum Toxin 之病例，除了申報藥費外，可再申報 41005(抗痙攣阻斷術)。
異物 (角膜異物每人每月最多只能申報2次)	1	急性結膜炎患者如有施行偽膜摘除或 Filamentary Keratitis 需摘除 filament，可以申報 53010 之處置費，有必要時滿三天後即可再申報，每個月內以申報兩次為上限。
	2	一眼同時角膜異物與結膜異物，只能擇一申報。(不要一眼同時申報兩種處置)
	3	Recurrent corneal erosion 施以 Ant. Stromal micropuncture，可以 Removal corneal FB 申報 53010C，同一療程以一次為限
	4	角膜縫線溶解突出以單純角膜異物除去術 53010C 給付。為降低散光之角膜縫線拆除則以 85205C 申報。申報之時間點及拆線後散光是否降低，不作為刪除之理由且不超過該月白內障手術申報量之 30%，應附前後驗光單佐證。
	5	53010C 及 53011C 角膜異物係較表淺者；角膜異物若接近或已經穿透角膜，則申報 85209C。 (為手術，應付手術同意書)
	6	複雜性角膜異物去除術(53011C)指雙眼或單眼多重異物可申報，但占角膜異物比例不宜超過 10%，否則照相備查。
	7	角膜異物與結膜異物之申報，病歷上應畫圖標示病灶所在。

健 保 專 欄

✓

		8	依健保局處置規定通則，結膜結石摘除，單眼報 53026C 雙眼報 53027C（雙眼佔率不宜超過 5%）。
		9	處置不可以二項合併申報，EX:拔睫毛與異物擇主要項目申報。
		10	處置與檢查可合併申報，EX:結膜異物與眼壓...等，但初診不超過三項複診不超過二項為原則。
		11	雙眼角、結膜異物、或偽膜，以複雜性異物摘除之方式申報，不可一次申報兩眼。
		12	工業腐蝕性化學藥水灼傷以沖洗處置，可以比照角膜異物摘除之方式申報；但誤用藥水不在此內。
	斜視	1	(1) 內外斜視：斜視若矯正係美容者（視力<0.1者），不予給付；凡斜視矯正手術作三條肌肉或以上者，須有包含兩眼在內之術前照片以資備查。 (2) 斜視檢查申報 23201C 至 23208C，每一項檢查應為病情所需且須有檢查結果之紀錄。
		2	斜視手術 86601、86602、86603 皆指同一眼而言，如雙眼同時手術，視為不同手術野，得分別申報手術費用。
	倒睫毛	1	雙側倒睫毛拔除為不同視野，可申報 53001C×2，但比例不宜超過申報 53001C 總數之 10%，且每病人每月限申報一次。但單側拔睫毛一個月可申報 2 次。
	角膜	1	85201C 角膜切開術： (1) 病理造成的散光，屬於屈光手術，如近視或高度散光不給付。 (2) 因各項眼內手術後造成高度散光，致兩眼不平衡時，可以申報角膜切開術。
		2	一般白內障手術後，如因散光縫線調整，可依 85205C 角膜縫線拆除術申報，以乙次為原則（不超過當月白內障手術者 30%為原則）。
		3	申報角膜炭頓摘除（85209C）時，請附上照片及手術同意書。
		4	角膜表皮刮傷施行包紮治療，可考慮以換藥 53016C 申報。
		5	因手術引起的高度散光，可以做角膜屈光手術。
		6	LASIK 屬於美容手術健保不給付，術前之申報依一般健保相關規定（如高度近視可申報一次 23702C），手術兩星期後才可用健保看診，但若有其他需診治之眼疾則不在此限。
	併發症	*	第一次手術後一個月內所做之簡易手術，手術費只能申請 50%；但如第二次手術比第一次手術更為複雜，此時得視為非第一次手術之併發症，因此可申請全額費用。

項目	類別	項次	內 容
三、術後	換藥	1	門診手術時(如白內障、眼瞼、霰粒腫...)至多可連續申報術後換藥兩次；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。白內障術後可合併申報兩次 23401C。

健 保 專 欄

項目	類別	項次	內 容
四、白內障	C1	*	可住院亦可門診處置，由各醫師權衡病況而定，惟單眼白內障手術住院以三日內為原則
		1	白內障術前審查 40 歲以下之病患應附照片（但外傷性白內障不需附照片），通過審查者，相片由委員會留存備查
		2	(1) 白內障手術：具下列條件之個案需事前專案向健保局轄區分局申請： A. 每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師。 B. 五十五歲以下施行白內障手術之個案。 C. 非眼科專科醫師施行之白內障手術個案。 (2) 白內障手術申請事前審查應檢附下列文件： A. 白內障術前檢查紀錄：包括 a. 裸視、矯正視力；b. 眼壓；c. 角膜、前房、水晶體；d. 視網膜及玻璃體；e. DBR 雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及 IOL 度數） B. 病患之中文手術同意書 C. 患眼白內障程度照片
		3	白內障事前審查時，院所同時申請二眼之處理原則，依眼科審查注意事項第四條十三項規定：『除特殊情況外，不得一次同時施行兩眼白內障手術』，如申請單位所提資料可信且符合適應症，始可准於二眼手術，但仍請院所應按規定一眼逐一手術。若申報兩眼未註明先作何眼時，由審查醫師依病歷記錄之病況先同意一眼，並註明同意實施左眼或右眼，院所於術後評估後，再申請另一眼事前審查。除特殊情況外，不得一次同時施行兩眼白內障手術。雙眼同時送審若均通過，原則上仍不得同時手術；相隔時間依病情而定，而免疫功能不良（如糖尿病）者至少間隔二至四週以上。
		4	白內障手術事前審查包括支付標準項目編號 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C、86013C 等項目。
		5	86009C 囊外超音波乳化抽吸術，亦為囊外摘除術之一種（86008C），為避免健保局混淆，故一律以 86008C 申報論病例計酬（C1）案件。手術以 86008C 項，不宜再加 86009C 或 86010A 項。
		6	論病例計酬（C1）案件即使轉診 Case，亦不宜當日手術，且要附術後追蹤資料；回原轉診院所追蹤者，亦請補在該所之資料；若病人失聯亦應在病歷上註明清楚即可。
		7	論病例計酬（C1）案件：DBR 未附感熱紙但有手寫記錄如感熱紙格式者，不刪除。
		8	手術眼寫錯者，初審刪除但可提申復。
		9	Cataract 手術有 Vitreous loss 時，請不要再申報 Vitrectomy。同時做 PI 亦不可申報。
		10	病人自費採用健保不給付水晶體或耗材，抽審時附上自費手術同意書，原則上不予任意刪除費用。
		11	無水晶體症再裝人工水晶體以 86012C 項申報。更換人工水晶體適用 86012C 且可申報 IOL，舊的 IOL 黏貼在 OP NOTE 上 86013C 項為脫位再固定或調整時用，不再申報 IOL。

健 保 專 欄

12	白內障大多非緊急手術，不宜於第一次門診當天即施行手術，包括轉診病人在內；如為四十歲以下之病患，需附病歷紀錄及術前白內障照相紀錄，外傷性白內障除外。
13	每一醫師每月白內障手術超過四十例者，應加強審查。
14	白內障手術申報需附手術同意書，日期年月日填寫清楚即可，且手術項目應全部以中文書寫，手術紀錄應有植入人工水晶體之標籤，其他若有錯誤或缺失，不可作為刪除之理由。
15	行白內障手術前應先驗光，驗光得以矯正者，應有矯正視力紀錄，確實不能矯正視力者，應於病歷說明原因，未說明原因者，不予給付。另外一般白內障手術後，如因散光縫線調整，可以依 85205C 角膜縫線拆除術申報，以一次為原則。但不限拆線之時間點或度數(只要驗光單及矯正有對應縫線之散光角度)且不需附手術同意書或 OP SHEET，申報量不超過該月白內障手術之 30%，而拆線後散光也不必然會改善。
16	同時執行「水晶體囊內(外)摘除術」及「眼坦部玻璃體切除術」，應依健保局規定辦理，及按國際疾病分類臨床修正碼之編碼原則，若「水晶體囊內(外)摘除術」為主手術，應適用論病例計酬相關規定申報；若「眼坦部玻璃體切除術」為主手術，則可沿用原有之申報方式，並適用全民健康保險醫療費用支付標準手術通則規定：「一主刀，一副刀」之方式申報。
17	白內障手術論病例計酬已包含手術後三日之口服用藥及外用藥。但若術後有併發症（眼壓高、眼內炎等）不受限制，可申報適當藥品用藥力求簡單；預防感染可給予抗生素，但以外用抗生素眼藥為主，口服抗生素以三日內為原則。口服止痛消炎、消腫藥：正常順利的手術助益不大，可以不用，若需要以三日內為原則。
18	白內障手術改論病例計酬後，若同時施行翼狀贅片去除或青光眼手術，診所只可自行吸收費用，不得申報。
19	小切口白內障手術時，若同時作散光矯正手術 Small incision cataract surgery+Transverse astigmatic keratotomy 時，不可申報 85201C。
20	使用健保不給付之自費水晶體時，申報方式為（1）依各分區共識為申報方式；（2）手術項申報 86008C（或 86007×1+86011×0.5），但水晶體品項不可申報；（請電腦公司配合，不要只抓到 86008C 就直接變成 C1 案件）（3）請病人簽自費同意書【健保局協商中】
21	手術記錄上若沒有手術醫師之親筆簽名，不要做為刪減之理由。只要有職章即可
22	收縮瞳孔之成分製劑如 Carbamylcholine 及 Acetylcholine chloride 1% 已包含於手術之一般材料費用內，不另計費。
23	麻醉以球後麻醉為主。點藥、結膜下或前房之單獨或合併使用麻醉法視同球後麻醉。
24	白內障論病例計酬術後 1 個月內發生併發症需再次手術（如傷口縫合，水晶體調整等）依其支付點數一半計算，並僅以一項為限，但第一次白內障手術是在他院者不受此限制。

健 保 專 欄

	25	白內障若合併青光眼、糖尿病視網膜病變或已接受過青光眼手術、玻璃體視網膜手術，必須儘可能在穩定狀況下才行手術，病歷上必須有明確的資料或記錄，但如合併青光眼且達最大用藥容許（三線用藥以上）而眼壓仍高者或視網膜病變治療受白內障影響而無法治療（雷射或手術）不受前述規定限制。
	26	白內障程度 Grading 並沒有單一世界性標準，審查不得藉以表示相對應之視力或驗光值（因無絕對相關）而刪除費用。
	27	白內障術後若需 YAG-CAPU，則要間隔一個月以上且不宜大於手術總量 1/3，否則嚴審。另如需眼翳手術，最好間隔兩個月（PHACO）或三個月（ECCE）後再施行。

項目	類別	項次	內 容
五、 用 藥	原則	*	用藥尊重醫師用藥權，一般案件簡表不設限，而專案以 2 瓶以內為原則（高貴用藥 > 100 元，最好只開一瓶另一瓶用低價藥品搭配，但雙眼慢性病（青光眼、乾眼症等）一個月只看一次者，可開兩瓶高貴藥（如 Timolol 或 Tears Naturele 等）但須符合用藥原則及頻率，而國產低價藥品（申報總價 < 100 元）則不設限，不任意刪除。
		*	病歷首頁應填寫詳細，不要只在首頁上寫 See special chart，然後空白一片。病人主訴盡量避免書寫不清；兩眼視力都要量，不要只量要開刀那一眼。除比較常見之疾病可用縮寫外，其餘應寫疾病全名（但縮寫不要作為刪除之理由，因為申報明細上均有明確資料可參考）。
		1	虹彩炎可使用 Preforte&Atropine，但療程需視病情決定可用幾瓶。而 Slit lamp 及眼壓，第一次可申報，其後若眼壓不高，不可申報眼壓。
		2	兒童患有近視等屈光不正，可以分別單項使用 Mydriacyl，Cyclogyl，Atropine（另個別可合併使用 ONSD）
		3	同類之高貴藥不要同時申報兩種以上，如 spersallergy，Intal，Alomide 不要同時申報兩種（進口藥品原則一次一瓶為限，另一瓶如有必要配合國產用藥）
		4	Maxitrol oph oint；Pimafucin oint：門診處方限一支。
		5	Ketotolac tromethamine(如 Acular Ophthalmic Solution)：(89/11/1)限白內障手術後之眼部發炎使用。
		6	藥物使用以第一線用藥為原則，1% pred Forte 是眼內發炎(uveitis)或手術使用，急性結膜炎不得使用為第一線用藥。
		7	藥水報 2 瓶以上，專案請符合“慢性病”診斷標準，依(04)專案申報，且申報用藥日份不得重疊。（國產藥申報總價 < 100 元為原則，但用藥量應符合看病頻率）
		8	專案處置申報藥水，無藥價或成分之限制，但須符合用藥原則，病歷要記載用藥之適應症，但總藥費超過 150 元，用藥即逐筆加強審查。
		9	同類的藥水及藥膏可同時開具予病人，但需合乎病情需要。但總藥費超過 150 元，即逐藥加強審查。
		10	使用外國進口眼藥，應盡量搭配國產藥品，使專業之總藥價不致過高，總藥價超過 150 元，逐藥加強審查。

健 保 專 欄

青光	11	Antihistamine 及 Steroid 之藥水可同時用於過敏性結膜炎之病人，但總藥費超過 150 元，即逐藥加強審查。
	12	Sancoba 並未限制使用（專案案件每月只看一次可一次開 2 瓶）
	13	有些價位不高的藥，藥理上講，似無積極療效，但有些病人就覺得除了這種藥外，換他種藥都無法改善症狀，因此這種藥對這些病人來說可以申報，如總藥價低於 100 元，即放寬審查。
	14	角膜異物摘除後，若病況嚴重可予口服止痛藥，但不可例行使用；但口服抗生素除非合併感染，否則並非必要。
	1	β -交感神經阻斷劑眼用製劑(如 betaxolol、carteolol、levobunolol、timolol)：限青光眼病例使用，如果兩眼同時使用，則一個月就診一次可申報兩瓶。
	2	Carbonic anhydrase inhibitor (如 Truspot、Azopt 1% Sterile Ophthalmic Suspension)：(90/10/1) 限對 β -blocker 有禁忌、不適用或效果不佳之青光眼患者使用(如果兩眼同時使用，則一個月就診一次可申報兩瓶)。
	3	前列腺素衍生物類(Prostaglandin analogues)降眼壓製劑 latanoprost(如 Xalatan)：(89/5/1) (1) latanoprost(如 Xalatan)： A. 限對 β -blocker 有禁忌、不適或效果不佳之青光眼患者使用，並以單獨使用為原則。 B. 雙眼三週內限用一瓶【單眼？】。 (2) isopropyl unoprostone(如 Rescula)：(90/12/01) A. 限對 β -blocker 有禁忌、不適或效果不佳之青光眼患者使用，並以單獨使用為原則。 B. 雙眼三週內限用一瓶。
	4	一瓶 5cc 青光眼用藥，若每日滴用兩次(兩眼)，以二週藥份計，病人若有特殊情況可在病歷註明，若取藥太頻繁超過上述標準，便可能會被核刪。
	5	Xalatan、Travatan 等高價藥抽審到時，最好提供 cupping、VF 或開始使用這些藥物前後之資料，但如果初診而過去使用此一藥品，必須註明前一提供藥物之醫療院所名稱或藥單紀錄方可使用
	6	各種藥物降低眼壓的效果由大到小分別是：Diamix 1# qid > Timolol/bid = Arteoptic or Elebloc/bid > Azopt or Trusopt/bid = Betoptic/bid 臨床上如果使用 beta-blocker 仍無法將眼壓降低至安全範圍，此時可再加上 Azopt or Trusopt/bid；但如患者有使用 beta-blocker 的禁忌、或低眼壓性青光眼，此時可直接使用 Azopt or Trusopt。急性隅角閉鎖性青光眼發作時，如患者健康狀況不適於使用 Diamix，此時可用 Azopt or Trusopt 合併 beta-blocker 及 Pilocarpine，以達到迅速控制病情的目的。 Advanced glaucoma 若使用 Travntan or Xalatan 效果不佳，可加 Timolol or Alphagan，若再無效可再加 Azopt or Trusopt。

健 保 專 欄

白內障	1	白內障用藥 Quinax，一個月內小瓶一次申請 2 瓶，大瓶一次申請 1 瓶。可合併申報一次 23401C 且需繪圖表示程度輕重。
	2	白內障術後若有 complication，不受三天內不可再開藥之規定。術後眼壓高可申報藥品。
	3	白內障 case payment 之申報總額，請勿申報異常，儘量符合健保局之給付金額。
	1	乾眼症原則是 10-14 天開一瓶。進口藥品藥膏類如 Duratears、Vidisic gel <u>每月</u> 限開 1 瓶；藥水類，一個月限用 2 瓶（如進口藥水、藥膏合併使用，則每月內限各開一瓶）。以乾眼症為對象開立的處方，需 Schirmer test < 5mm 或 Recurrent epithelial erosion 或角膜上皮細胞病變才可以用。
	2	人工淚液：(87/7/1) (1) 限乾眼症病患經淚液分泌機能檢查 (basal Schirmer test) 至少單眼淚液少於 5mm 者，或乾眼症引起角膜病變之病患使用。 (2) 申報費用時，須檢附首次確定診斷及處方當次之病歷影本。 (3) 使用人工淚液時應有淚液分泌測試之結果，如該項檢查以前已做過，此時，可將從前之結果抄錄於當日之病歷上， Schirmer test 之濾紙不用再黏貼於病歷上。
	3	人工淚液藥膏 (Duratears Ointment) 在嚴重乾眼病人 (Basic Schirmer Test < 5mm) 可以使用
	4	人工淚液屬指示用藥，若需專案申報，需符合以下二項條件其中一項：(1) Basic Schirmer Test < 5mm；(2) 有 active corneal pathology (如角膜移植後角膜表皮病變，絲狀角膜炎等)。
	5	乾眼症 Vit.A Ointment 可以使用。
	6	乾眼症可用人工淚液。藥事法規定不能分裝 BSS，且 BSS 非乾眼症適應用藥。
	7	Schirmer Test 若有必要隔六個月可申報一次檢查。
抗生 素	1	進口藥 Ofloxacin, Norfloxacin, Ciprofloxacin 眼用製劑：(87/4/1) 限用於角膜潰瘍或嚴重角膜炎病例，其餘眼科疾患則列為第二線用藥（國產低價藥原則不限）。 lomefloxacin (如 Okacin)：(90/12/01) 對易感性細菌造成的結膜炎、眼瞼炎、瞼結膜炎之第二線用藥。
	2	如何申報 Cefazlin (25mg/cc)、Cefazolin (50mg/cc)、Gentamicin (13mg/cc)？可申報 Cefazolin 一瓶或 Gentamicin 針劑一瓶，但用以稀釋之溶劑須自行吸收。
	3	抗生素眼藥水合併使用，須合乎原理，不應濫用；更須注意所用抗生素是否屬管制之第二線或第三線用藥。診所使用抗生素，原則上以第一線用藥為主。

健 保 專 欄

		4	抗生素若用一瓶藥水、一瓶藥膏，若有同時使用之理由，應不會被刪，但總藥價超出 150 元，逐藥審查。
		5	眼內手術後使用之抗生素，請回歸藥品使用規範。
	疱疹	1	Acyclovir 眼用製劑：限下列病例使用 (1) 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝 V1 皮節，可能危及眼角膜者。 (2) 帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。 (3) 急性視網膜壞死症 (acute retina necrosis)。 (4) 本品不宜與口服、外用或注射製劑合併使用。
		2	角膜疱疹使用 Zovirax 應以眼藥膏為主，若仍無效須使用口服之 Zovirax 為考量可能有 Systemic Sids Effect，應建議病人轉診住院治療。目前不得口服藥與眼藥一同申報。
	糖尿病	1	糖尿病併發眼底出血，其口服藥之使用，限可增進 microcirculation 者為主，且以短期使用為原則，若要長期使用，請以慢性病 (04) 案件申報，且用藥日份避免重疊，但請不要一味選擇高價藥品長期處方。

項目	類別	項次	內 容
六、 診斷	Dx	1	常見眼科之慢性病診斷：(1)青光眼；(2)乾眼症；(3)黃斑部變性；(4)視網膜變性；(5)葡萄膜炎；(6)玻璃體出血；(7)角膜變性。

項目	類別	項次	內 容
七、 其他	檢驗	1	以病例為主，宜有選擇性，不宜做不必要的檢查，如一位無任何病史的患者，作白內障手術，避免做電解值，膽固醇等檢查。
		2	胸部 X 光請勿列為常規檢查，除非有胸部疾病之過去病史者，或最近一年內未照 X 光之患者，以減少病人曝露在放射線之環境中。
	A	1	衛生署在健保開辦之初即有公告驗光非全民健保支付範圍，所以不可以申報，應向病患收取自費費用。
	X	1	健保審查，採同儕評比、同儕制約的方式，所以各項專案案件平均金額、各項檢查處置及手術個案總數，有異常者均加強審查。
		2	為避免醫療糾紛及健保局之查核，任何手術均請於術前讓病人簽妥手術同意書及麻醉同意書，不要於術後再補填。
		3	眼科抽審到之案件需附病歷首頁及支持主診斷當次治療前後相關之病歷影本資料 (非僅當次就診之病歷影本)。
		4	病歷資料需足以告知審查醫師其醫理之轉折與處置用藥之必要性。
		5	眼科抽審到之案件需附病歷首頁及治療前後相關之病歷影本資料 (非僅當次就診之病歷影本)。病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述或圖示、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。

健 保 專 欄

眼科門診診療申報及審查共識(基層醫療院所)第一版

前言

1. 中華民國眼科醫學會醫療保險事務委員會制訂(96-1)
2. 總額約束下採取嚴格且明確申報方式，以達到起跑點公平，讓醫師申報費用時有所遵行。
3. 本共識內容僅限基層醫療院所申報使用，並計劃一年後修正，若有疑問請傳真向學會反應(02)23146835
4. 個別診所若申報案件符合下列條件者可來文本學會要求協助：
 - 甲、符合本共識內容要求。
 - 乙、檔案分析個別申報項目比例無特別異常，如專案比例小於 30%，重複就診小於 1.4 等。
 - 丙、申報費用和成長率(與去年相比)無正成長。
 - 丁、自行申報仍被刪除費用者，有意願爭議審議之案件。
 - 戊、無開車載病患或其他有違醫療倫理事情者。

可備妥資料由學會開會討論後，若不抵觸大原則，則由學會回文說明其合理性及正常性，再由當事人在爭審時附上學會回文作為支持爭審或訴願的力量。**【理事會決議：如爭審成功，捐 30%給學會辦活動】**

原則：(1)所有檢查項目除非另有列項，否則均為包括『雙眼』不可取巧，一次只紀錄一眼。

5字頭之處置碼雙眼不可x2，只有 6 或 8 字頭碼才有雙眼不同視器可x2。

- (2)初診檢查即有疾病狀況或需做處置者，原則上總申報以不超過三項為原則(三項檢查或一項處置加兩項檢查)且須符合診斷處置之原則。
- (3)狀況穩定定期追蹤之慢性病病患，一個月期限內最多申報專案一次且申請檢查項目以兩項以內為原則且符合診斷必要性及共識之適應症範圍。
- (4)病歷書寫以整齊清晰為主，審查時以處置共識為前提，診斷手術之合理性來判斷，不以書寫的美醜來判斷，簡寫不能作為刪除之理由。
- (5)一般初診時疾病篩檢若無異常發現則不可申報檢查，但如糖尿病眼底檢查例外，眼底正常者初診及每六個月可申報 23702C 一次。
- (6)**眼科抽審到之案件需附病歷首頁及支持主診斷當次治療前後相關之病歷影本資料(非僅當次就診之病歷影本)。**

在門診即可診治的疾病不宜住院，如單眼皮及眼瞼簡單之手術(有合併症之倒睫，老年性眼瞼下垂...)，翼狀贅肉之去除，雷射之處置。

項目	類別	項次	內 容
一、檢 查	裂隙燈	*	申請任何一種檢查費用，病歷上一定要有該項檢查結果之記錄，如視野檢查需附上視野圖。
		1	結膜異物或角膜異物，除申報異物摘除之費用外，還可申報 slit-lamp。 (特殊狀況下每一病患一個月內限申報最多 2 次，其餘自行吸收)
		2	申報細隙燈檢查須附上圖形並詳述病情，不可只寫病名即申報，其適應症範圍： (1)角結膜疾病(慢性結膜炎、結膜下出血...等不應申報)；急性結膜炎、乾眼症可申報，如不易以圖形表示之，宜文字詳述變化 (2)眼部異物(含眼瞼結石) (3)虹膜炎 (4)水晶體疾病 (5)青光眼 (6)玻璃體疾病
		3	角膜炎白內障或青光眼申報 23401C 細隙燈，須附上圖形並詳述病情，不可以只寫白內障即申報
		4	患白內障的病人，回診時每個月可以申請一次 23401C 細隙燈，但要記載白內障程度。
		5	slit-lamp 申報如超過 30%，將會由行政人員逕行刪除。Slit lamp 申報數量在 30%以內，如符合診斷要件及眼科共識處可申報。
	眼底	1	Uveitis 病人可報眼壓(23302C)及眼底檢查(23702C)，一次療程以申報一次為原則，正常亦可申報，但不正常時不在此限。

健 保 專 欄

眼壓	2	申請 23501 或 23702C 眼底檢查，需記錄檢查結果。
	3	青光眼初診患者可以申報眼壓、細隙燈、眼底、視野及隅角鏡檢查擇其中三項申報。複診且狀況穩定者者，限每月申報乙次且不可超過上述檢查項目之 2 項，並記載 Finding。(正常亦須記載)。
	4	23702C 間接眼底鏡檢查申報 (已內涵 23803C 瞳孔放大) 需附圖及病況描述其適應症範圍(1)角膜、水晶體及玻璃體有混濁使眼底不易觀察時(2)視網膜病變(週邊變性)(3)飛蚊症(4)高血壓糖尿病患者(5)高度近視 (6) Uveitis。病情穩定者，除特殊狀況外每月申報不宜多於一次，病情應詳述紀錄。
	5	23702C 間接眼底鏡檢查，對近視病人要求作健康檢查，病人有症狀，檢查時有 finding (s) 時可申報但須附圖標示病灶，不應作為例行檢查，但高度近視 (>600 度)患者定期追蹤時一年可申報一次。
	6	23803C 瞳孔放大不可用於屈光檢查時申報。若病人眼底不易觀察須放大瞳孔時，可與 23501C 眼底檢查同時申報，但不可與 23702C 倒立式眼底檢查同時申報
	7	23803C 瞳孔放大之申報原則： (1)23702C 間接眼底鏡檢查，已包含散瞳費用在內，不另給付；23501C 直接眼底檢查，於情況需要散瞳時，得另行申報散瞳費。 (2)白內障手術前因病情需要散瞳，得申報散瞳費乙次。 (3)白內障手術後門診例行之散瞳檢查，不另給付。 (4)住院期間每日例行之散瞳檢查，不另給付。
	8	裂孔型視網膜剝離除非有玻璃體混濁等特殊情況，否則不應例行申報 B-SCAN 檢查，但有發現者除外(如 CHOROIDAL DETACHMENT)，牽引性或滲出性視網膜剝離可申報 B-SCAN。
	9	網膜裂孔定位限於手術或雷射前申報。若有破洞或視網膜剝離但沒有手術，可申報間接眼底檢查和裂隙燈眼接觸鏡檢查，兩項擇一項申報。
	10	糖尿病患者初診或接受內科轉診單(病歷附轉診單)時，如有做詳細眼底檢查，即使眼底正常，也可申報間接眼底檢查；以後每六個月複診可再申報一次間接眼底檢查但已有網膜病變者不在此限。
	11	飛蚊症患者，若合併高度近視、糖尿病或周邊視網膜變性症等，可申報間接眼底檢查。Floater 及 DM retina 之檢查，若非次數異常頻繁，健保局應會給付。
	12	螢光血管攝影檢查所使用之螢光劑已包含在該項檢查費之內，但另外再申報數張彩色眼底照相：局部病變，每眼四張；廣範性病變，每眼八張；ICG 比照 FAG 之方式申報。
	1	23305C 氣壓式眼壓測定 ，已定為疾病之診斷及青光眼追蹤，若僅為例行篩檢，應已包含在一般診查費用內。申報時須有電腦印表紙， 但若數值不穩定(*或< >)最好再以 23302C Goldman 來測量確定眼壓並申報為宜。
	2	青光眼初診患者可以申報眼壓、細隙燈、眼底、視野及隅角鏡檢查擇其中三項申報；閉鎖性青光眼患者於雷射虹膜穿孔術後，可再申報一次隅角鏡檢查；一般青光眼『複診患者』必要時每個月可再申報眼底鏡檢查(23501C)，但皆應有病歷記錄 C/D ratio (注意：複診患者申報檢查項目不可超過 2 項)。青光眼手術後穩定追蹤之檢查，即使沒有使用青光眼藥物，一個月可申報一次眼壓測量，另加一次細隙燈檢查。(參考眼底類第三項說明)
	3	需長期追蹤病程的病人定期做間接眼底檢查或 IOP 測定，只要合理的話，儘量不刪。病程穩定且已控制眼壓之青光眼病人，眼壓及細隙燈應一個月申報乙次為原則。
	4	從一次的眼壓測定無法知其實際眼壓情況，因只量一次，建請眼壓測定二眼應各量三次，以便判斷，不可因一次 IOP21 或 22mmhg 即給予用藥。 【青光眼用藥初診時應有詳細的病史、問診及檢查(包括眼底視神經檢查，甚或視野檢查)並非單靠量眼壓就給藥】
	5	眼壓之測定不可例行申報。初診病人常需篩檢是否有青光眼或視網膜疾病，眼壓 23301C、23302C、23305C 及 23501C 眼底檢查，不可以列為例行檢查除非合乎下列二個標準之一：(1)眼壓高於正常值(2)眼壓正常但是神經凹陷不正常。

健 保 專 欄

隅角	1	23402C 前房隅角鏡在何時可以申報：(1)前房閉鎖性青光眼或前房狹窄易引致急性青光眼者；(2)前房隅角有異常者如 Congenital glaucoma, uveitis-induced glaucoma, Posner-Schlossmann syndrome, Angle recession glaucoma 及其他特異性青光眼(3)青光眼及高眼壓患者。
	2	手術、雷射前後各可申報一次，狀況穩定者一般追蹤不可再申報。
視野	1	基層診所若購有自動視野儀(Automated perimeter)可申報 23607C 靜態視野檢查或 23608C 動態視野檢查。但抽審時需附檢查結果及判讀報告，和病歷記載其適應症，有 finding 宜隔半年以上再作，但若正常且病情追蹤需要，以一年做一次(若合適症正常亦可申報)。
	2	靜態視野檢查(23607C)-青光眼病患六個月檢查一次。黃斑部病變亦可申報，周邊視野檢查(23601C)或動態視野檢查-眼神經病變或依病情需要申報。
染色	1	乾眼症第一次應可申報 23706C(需有描述)，但不可另申報 23401C。
	2	23706C 角膜活體螢光細胞染色體檢查已內含 23401C 細隙燈檢查費，不得同時申報。 23706C 或 23401C 合併總計不可超過申報量之 30%。
	3	23706C 角膜活體螢光細胞染色體檢查 Fluorescein Staining 適用於(1)Dendritic lesion(2)其他 corneal ulcer (3)superficial punctate keratitis (4)Epithelial Defect。Teat Film Break UpTime 雖用 Fluorescein 來檢查，但檢查費應自行吸收。申報 23706C 者，不可加申報 23401C
斜弱	1	弱視檢查項目申報(23812C)，以一次為限，須附矯正視力、眼位、眼底紀錄、立體感檢查，不得另行申報其他相關檢查。
	*2	53024C 視覺機能訓練以每週申報一次為原則，四次為一療程，並附上每次訓練前後之視力記錄，如同一療程中另外發生其它疾病，可再蓋一次健保卡並給藥。
	3	53024C 視覺機能訓練療程之費用申報方式，依同一療程之相關規定，同一療程之醫療費用應於療程結束後合併申報；另如屬跨月之療程得拆帳分開申報，又療程中如因其他疾病就診時，不計入療程計算，可另行申報藥費及診察費。
	4	23002C 光覺測定 light perception 本項不應申報
	5	6 歲以上而視力 0.8 以下視為弱視，屈光性弱視初診患者可申報一次弱視檢查(23812C)，原則如下： (1) 初次屈光檢查 (2) 散光 $\geq 1.5D$ (3) 遠視 $\geq 2.5D$ (4) 須散瞳屈光檢查 (5) 立體感檢查 其它 organic amblyopia 初診患者，如有做過詳細驗光、眼位、眼底、細隙燈等檢查，也可申報弱視檢查。
	6	初診患者應病情需要，有做詳細眼底檢查者，可做直接眼底鏡檢查(23501)，如眼壓 $> 20 \text{ mmHg}$ 但無其它青光眼之徵兆，可用疑似青光眼之診斷，再做眼壓檢查；高度近視($> -6.0D$)初診患者可做間接眼底檢查，宜加註“散瞳”並記錄眼底所見。
	7	初次驗光出現散光 $\geq 2.0D$ ，為幫助診斷及治療如有做角膜曲度檢查可以申報 23001(60 點)但爾後追蹤除另有變化不可再申報。
	8	不等式檢查申報(23801C-135 點)的條件為兩眼度數相差 2.5D 以上(指 MRSE 差 2.5D 以上)
斜視	1	斜視初診患者可申報三稜鏡檢查 23203C(120 點)、及立體感檢查 23301C(90 點)共二項，複診患者可申報一次斜視檢查 23208C(80 點)。斜視患者於第一次檢查，或術前、術後及每三個月依病情需要可申報前述二項功能性檢查。初診之定義，不一定是第一次門診才算初診，真正第一次作斜視檢查那次為初診，但申報時要附該次之前的所有病歷紀錄。

*另項說明，見會員來信(二)